Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

5452

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

Artículos		Página
I.	Aviso a la Industria de Seguros.....	1
II.	Propósito.....	1
III.	Aplicabilidad y Alcance.....	2
IV.	Definiciones.....	2-3
V.	Definiciones y Términos de la Póliza.....	3-6
VI.	Disposiciones de la póliza.....	6-7
VII.	Requisitos Mínimos de Beneficios para pólizas o Certificados Emitidos para Entrega Antes del 1ro de julio de 1992.....	7-11
VIII.	Requisitos de Beneficios para las Pólizas o Certificados Emitidos o Entregados en o Después del 1ro de julio de 1992.....	11-23
IX.	Planes Modelos de Beneficios Complementarios a Medicare.....	23-26
X.	Pólizas y Certificados de Medicare Select.....	26-35
XI.	Registro Abierto.....	35
XII.	Normas para Pago de Reclamaciones.....	36
XIII.	Normas para la Razón de Pérdidas y el Reembolso o Crédito de Prima.....	37-42
XIV.	Archivo y Aprobación de Pólizas y Certificados y Tarifas de Primas.....	42-45
XV.	Arreglos de Compensación Permitidos.	45-46
XVI.	Disposiciones Requeridas de Divulgación.....	46-85
XVII.	Requisitos para Formularios de Solicitud y Reemplazo de Cubierta.....	85-90

Sections		Page
XVIII.	Requisitos para archivo de anuncios	90
XIX.	Normas de Mercadeo.....	90-91
XX.	Propiedad de Compra Recomendada y Seguro Excesivo.....	91
XXI.	Informe de Pólizas Múltiples.....	92
XXII.	Prohibición Contra Condiciones Preexistentes, Períodos de Espera, Períodos de Eliminación y Períodos de Prueba en el Reemplazo de Pólizas o Certificados.....	92
XXIII.	Cláusula de Salvedad.....	92
XXIV.	Fecha de Efectividad.....	93
Apéndice A	Formulario para Calcular de Reembolso de Póliza Complementaria a Medicare para el Año Civil_____.....	94-95
Apéndice A	Formulario de Informe para el Cálculo de la Razón del Punto de Referencia ("Benchmark") Desde el Comienzo para Pólizas Grupales para el Año Civil_____.....	96-99
Apéndice B	Formulario para Informar Pólizas Complementarias a Medicare.....	100
Apéndice C	Declaraciones de Divulgación.....	101-111

Núm. 5452
Fecha 16 de julio de 1996 4:26 p.m.
Aprobado: Norma L. Burgos
Secretario de Estado
Por: Zaida Sánchez
Secretaria Auxiliar de Estado

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

ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO

Artículo 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 2. 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 de Medicare.

Artículo 3. Aplicabilidad y Alcance

A menos que se disponga lo contrario en los Artículos 7, 12, 13, 16 y 21, esta regla aplicará a:

A. (1) Todas las pólizas complementarias a Medicare, entregadas o emitidas para ser entregadas en Puerto Rico, a la fecha en que esta enmienda comience a regir o después de esa fecha, y

(2) Todos los certificados emitidos bajo pólizas grupales complementarias a Medicare, cuyos certificados 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, o de los fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones laborales, o la combinación de éstos, para empleados o empleados anteriores, o la combinación de éstos, o para miembros o miembros anteriores, o la combinación de éstos, de las organizaciones laborales.

Artículo 4. Definiciones

Para propósitos de esta Regla:

A. "Solicitante" significa:

(1) en el caso de una póliza individual complementaria a Medicare, la persona que intenta contratar beneficios de un seguro o servicios de cuidado de salud y

(2) en el caso de una póliza colectiva complementaria a 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 complementaria a Medicare.

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

D. "Emisor" incluye compañías de seguros, sociedades benéficas fraternales, planes de servicios de cuidado de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, y cualquier otra entidad que entregue o emita para entregar en Puerto Rico, pólizas o certificados complementarios a Medicare.

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

F. "Póliza Complementaria a 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 de la Ley Federal de Seguro Social (42 U.S.C. Sección 1395 et.seq.) o una póliza emitida bajo un proyecto de demostración según se específica en 42 U.S.C. sección 1395ss(g)(1), que se anuncie, se mercadee o esté diseñada primordialmente como un complemento 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 a Medicare.

G. "Formulario de Póliza" significa el formulario en que la póliza se entrega o se emite para ser entregada por el emisor.

Artículo 5. Definiciones y Términos de la Póliza

Ninguna póliza o certificado podrá anunciarse, solicitarse o emitirse para la entrega en Puerto Rico como una póliza o certificado complementario a Medicare 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 accidental" o "medios accidentales", deberán ser definidos para usar lenguaje de "resultado" y no deberán incluir palabras que establezcan un criterio de medios accidentales ni usarán palabras tales como, "externo, violento, heridas visibles" o palabras similares de descripción o caracterización.

(1) La definición no deberá ser más restrictiva que la siguiente: "Lesión o lesiones por las que se proveen beneficios, significa, lesión física accidental sufrida por la persona asegurada como resultado directo de un accidente, independientemente de una enfermedad, debilidad física o cualquier otra causa que ocurra mientras la cubierta de seguro esté vigente".

(2) La definición puede establecer que el término lesiones no incluirá lesiones por las cuales se concedan beneficios o estén disponibles, bajo cualquier ley de compensación a los trabajadores, de responsabilidad patronal o ley similar o de responsabilidad de vehículo de motor sin que medie culpa ("Motor vehicle No-Fault Law"), a menos que esté prohibido por ley.

B. "Período de Beneficio" o "Período de beneficio bajo Medicare, no deberá ser definido en una forma más restrictiva como a se define en Medicare.

C. Los términos "hogar de convalecencia" ("convalescent nursing home"), facilidad para cuidado prolongado ("extended care facility") o facilidad de enfermería especializada ("skilled nursing facility") no serán definidos en una forma más restrictiva a como se define en el Programa Medicare.

D. "Gastos de cuidado de salud" significa los gastos de las organizaciones de servicios de salud asociados con la distribución de

servicios de cuidado de salud, que sean análogos a las pérdidas incurridas de aseguradores.

Los 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; y

(7) Gastos por procesamiento de reclamaciones.

E. El término "hospital" se podrá definir en relación a su estado legal, 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. Medicare debe definirse a substancialmente 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 conocida generalmente 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", u otros términos con significado similar.

G. El término "gastos elegibles de Programa Medicare se refiere a los tipos de gastos cubiertos por Medicare en la medida que sean aceptados como gastos razonables y médicamente necesarios por el Medicare.

H. El término "Médico" no podrá definirse más restrictivamente de como se define en Medicare.

I. El término "enfermedad" no deberá definirse en un forma más restrictiva que la siguiente:

"Enfermedad significa afección o dolencia de una persona cubierta que se manifieste por primera vez después de la fecha de efectividad del seguro o contrato y mientras el seguro o contrato esté en vigor. Se podrá modificar la definición subsiguientemente para excluir enfermedades o dolencias para las cuales se proveen beneficios bajo cualquier ley de compensación a los trabajadores, de enfermedades ocupacionales, de responsabilidad patronal o cualquier otra ley similar.

Artículo 6. Disposiciones de la póliza

A. Con excepción de las cláusulas de condiciones preexistentes permitidas como se describen en el Artículo 7A(1) y el Artículo 8A(1) de esta regla, ninguna póliza o certificado podrá anunciarse, solicitarse o emitirse para entrega en Puerto Rico como una póliza complementaria a Medicare si la póliza o certificado contiene limitaciones o exclusiones en la cubierta que sean más restrictivas que las de Medicare.

B. Ninguna póliza o certificado complementario a Medicare, puede valerse de documentos de renuncia para excluir, limitar o reducir cubierta o beneficios por enfermedades o padecimientos físicos preexistentes específicamente descritos o nombrados.

C. Ninguna póliza o certificado complementario a Medicare, que esté en vigor en Puerto Rico, podrá incluir beneficios que dupliquen los beneficios provistos por Medicare.

Artículo 7. Requisitos Mínimos de Beneficios para pólizas o Certificados Emitidos para Entrega Antes del 1ro de julio de 1992.

No se podrá anunciar, solicitar o emitir para entrega en Puerto Rico ninguna póliza o certificado complementario a Medicare que no reúna los siguientes requisitos mínimos. Estos son requisitos mínimos, y no impiden la inclusión de otras disposiciones o beneficios que no sean inconsistentes con estas normas.

A. Requisitos Generales

Los siguientes requisitos aplican a pólizas y certificados complementarios a Medicare además de todos los otros requisitos de esta regla.

(1) Una póliza o certificado complementario a Medicare no podrá excluir o limitar beneficios por pérdidas incurridas después de seis (6) meses a partir de la fecha de efectividad de la cubierta debido a una condición preexistente. La póliza o certificado no puede definir el término "condición 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 de efectividad de la cubierta.

(2) Una póliza o certificado complementario a 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 a Medicare proveerá que los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos por participación ("cost sharing amounts"), bajo

Medicare serán cambiados automáticamente para que coincidan con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad deducible y en los factores del porcentaje de copago aplicables a Medicare. Las primas pueden ser modificadas para que correspondan con tales cambios.

(4) Una póliza complementaria a Medicare que sea "no cancelable," "de renovación garantizada," o "no cancelable y de renovación garantizada" no deberá:

(a) disponer para la terminación de cubierta de un cónyuge solamente porque haya ocurrido un evento especificado para la terminación de cubierta del asegurado, que no sea la falta de pago de prima; o

(b) ser cancelada o no renovada por el emisor solamente por razones del deterioro de la salud.

(5) (a) Excepto como sea autorizado por el comisionado de seguros de Puerto Rico, un emisor no cancelará ni dejará de renovar una póliza o certificado complementario a Medicare por cualquier otra razón que no sea la falta de pago de prima o falsa representación material.

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

(i) una póliza individual complementaria a Medicare, ofrecida corrientemente por el emisor

que tenga beneficios comparables a los de la póliza colectiva complementaria a Medicare terminada o

(ii) una póliza individual complementaria a Medicare, que provea solamente los beneficios que se exigen para cumplir con los requisitos mínimos, según se define en el Artículo 8B de esta regla.

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

(i) Ofrecer al tenedor de certificado las oportunidades de conversión según se describen en el subpárrafo (b); o,

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

(d) Si se reemplaza una póliza colectiva complementaria a Medicare por otra póliza colectiva complementaria a Medicare adquirida por el mismo tenedor de contrato, el emisor de la póliza reemplazada 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 a 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 de la póliza, si alguno, o al pago de beneficios máximos.

B. Requisitos Mínimos de Beneficios.

(1) Cubierta de gastos por hospitalización elegibles bajo la Parte A de Medicare hasta el límite no cubierto por Medicare desde el 61er. día hasta el 90mo. día en cualquier período de beneficio de Medicare.

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

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

(4) Cubierta del noventa por ciento (90%) de todos los gastos elegibles bajo la Parte A de Medicare por hospitalización no cubiertos por Medicare sujeta a un beneficio vitalicio máximo de 365 días adicionales, al agotarse toda la cubierta del paciente hospitalizado de Medicare, incluso los días de reserva vitalicia.

(5) Cubierta bajo la Parte A de 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 gastos elegibles bajo la Parte B de 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] bajo la Parte B de Medicare.

(7) Efectivo el 1 de enero de 1990, la cubierta bajo la Parte B de 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 bajo Medicare.

Artículo 8. Requisitos de Beneficios para las Pólizas o Certificados Emitidos o Entregados en o Después del 1ro de julio de 1992.

Los siguientes requisitos aplican a todas las pólizas o certificados entregados o emitidos para ser entregados en Puerto Rico en o depués del 1ro de julio de 1992. Ninguna póliza o certificado se podrá anunciar, solicitar, entregar o emitir para entrega en Puerto Rico como una póliza o certificado complementario a Medicare a menos que cumpla con estos requisitos de beneficios.

A. Requisitos Generales. Los siguientes requisitos aplican a las pólizas y certificados complementarios a Medicare además de todos los otros requisitos de esta regla.

(1) Una póliza o certificado complementario a Medicare no puede excluir o limitar beneficios por pérdidas incurridas después de seis (6) meses a partir de la fecha de efectividad de la cubierta debido a una condición preexistente. La póliza o certificado no puede definir el término "condición 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 seis (6) meses antes de la fecha de efectividad de la cubierta.

(2) Una póliza o certificado complementario a 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 a Medicare proveerá que los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos por participación ("cost sharing amounts"), bajo Medicare serán cambiados automáticamente para que coincidan con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad deducible y en los factores del porcentaje de copago aplicables a Medicare. Las primas pueden ser modificadas para que correspondan con tales cambios.

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

(5) Cada póliza complementaria a Medicare deberá ser de renovación garantizada.

(a) El emisor no cancelará ni dejará de renovar la póliza solamente a base del estado de salud del individuo; y

(b) El emisor no cancelará ni dejará de renovar la póliza por cualquier razón que no sea la falta de pago de prima o falsa representación material.

(c) Si una póliza colectiva de seguro complementario a Medicare es terminada por el tenedor del contrato grupal y no se reemplaza según dispone en el Artículo 8A(5)(e), el emisor ofrecerá a los tenedores de certificados una póliza individual complementaria a Medicare la cual (a opción del tenedor del certificado)

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

(ii) Provee para beneficios que de otro modo cumplan con los requisitos de esta subdivisión.

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

(1) ofrecer al tenedor de certificado la oportunidad de conversión que se describe en el Artículo 8A (5)(c), o

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

(e) Si una póliza complementaria a Medicare colectiva se reemplaza por otra póliza colectiva complementaria a Medicare adquirida por el mismo tenedor de póliza, el emisor de la póliza reemplazada ofrecerá cubierta a todas las personas cubiertas bajo la póliza colectiva anterior en su fecha de terminación. La cubierta bajo la nueva póliza no resultará en exclusión alguna por

condiciones preexistentes que hubieran sido cubiertas bajo la póliza colectiva que se reemplaza.

(6) La terminación de una póliza o certificado complementario a Medicare será sin perjuicio a cualquier pérdida continua que comenzara mientras la póliza estaba en vigor, pero la extensión de los beneficios después del período de vigencia de la póliza se podrá condicionar a la incapacidad total continua del asegurado, limitada a la duración del período de beneficio de la póliza, si alguna, o pago de los beneficios máximos.

(7) (a) Una póliza o certificado complementario a Medicare deberá proveer que los beneficios y primas bajo la póliza o certificado se suspenderán a petición del tenedor de póliza o de certificado por el período (que no exceda a veinticuatro (24) meses) en el cual el tenedor de póliza o de certificado haya solicitado y se haya determinado elegible a recibir asistencia médica bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social, pero solamente si el tenedor de póliza o de certificado notifica al emisor de la póliza o certificado dentro de noventa (90) días después de la fecha en que el individuo se convierte en elegible para asistencia.

(b) Si la suspensión ocurre y si el tenedor de póliza o de certificado pierde el derecho para asistencia médica, la póliza o certificado será reinstalada automáticamente (efectivo a la fecha de terminación del derecho) a la terminación del derecho si el tenedor de póliza o certificado provee aviso de la pérdida del derecho dentro de noventa (90) días después de la fecha de pérdida y

paga la prima atribuible al período, efectivo a la fecha de terminación del derecho.

(c) Reinstalación de cubiertas:

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

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

(iii) Proveerá para la clasificación de primas en términos por lo menos tan favorables al tenedor de póliza o de certificado como los términos de clasificación que se hubieran aplicados al tenedor de póliza o de certificado si la cubierta no se hubiera suspendido.

B. Normas para los Beneficios Básicos (Núcleo) Comunes a Todos los Planes de Beneficios

Todo emisor hará accesible una póliza o certificado que incluya solamente el siguiente paquete básico "núcleo" de beneficios a cada asegurado en perspectiva. Un emisor podrá hacer disponible a asegurados en perspectiva cualquiera de los otros Planes de Beneficios de Seguro Complementario a Medicare además del paquete básico núcleo, pero no en lugar del mismo.

(1) Cubierta de la Parte A de los Gastos Elegibles de Medicare para hospitalización hasta el límite no cubierto por Medicare desde el 61er. día hasta el 90mo. día en cualquier período de beneficios de Medicare;

(2) Cubierta de la Parte A de los Gastos Elegibles de Medicare incurridos para hospitalización hasta el límite no cubierto por

Medicare por cada día usado de reserva vitalicia Medicare para pacientes recluidos.

(3) Cubierta de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A de Medicare, al agotarse la cubierta de Medicare del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicia que se pagan diaramente al per diem del Grupo de Diagnóstico Relacionado (DRG por sus siglas en inglés) u otro tipo apropiado de pago, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales.

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

(5) Cubierta por la cantidad de coaseguro de Gastos Elegibles de Medicare bajo la Parte B sin considerar la reclusión en un hospital, sujeta al deducible de la Parte B de Medicare.

C. Normas para Beneficios Adicionales. Los siguientes beneficios adicionales serán incluidos en los Planes de Beneficios Complementarios a Medicare, "B" hasta "J" solamente según se dispone en el Artículo 9 de esta regla.

(1) Deducible de la Parte A de Medicare: Cubierta para el total de la cantidad de deducible para pacientes hospitalizados bajo la Parte A de Medicare por período de beneficio.

(2) Cuidado en una Facilidad de Enfermería Especializada: Cubierta por los costos reales facturados hasta la cantidad de coaseguro desde el 21er. día hasta el 100mo. día en un período de beneficio de Medicare para cuidado en una

facilidad de enfermería especializada poshospital elegible bajo la Parte A de Medicare;

(3) Deducible de la Parte B de Medicare: Cubierta para el total de la cantidad deducible bajo la Parte B de Medicare por año civil sin considerar la reclusión en un hospital.

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

(5) Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B de Medicare: Cubierta por toda la diferencia entre el cargo real facturado bajo la Parte B de Medicare, que no exceda cualquier limitación al cargo establecido por el programa Medicare o ley estatal y el cargo aprobado bajo la Parte B de Medicare.

(6) Beneficio Básico de Medicinas Recetadas al Paciente Externo: Cubierta por el cincuenta porciento (50%) de los cargos de medicinas recetadas al paciente externo, después de un deducible por año civil de $250, hasta un máximo de $1,250 en beneficios recibidos por el asegurado por año civil, hasta el límite no cubierto por Medicare.

(7) Beneficio Extendido de Medicinas Recetadas al Paciente Externo: Cubierta por el cincuenta porciento (50%) de los cargos de medicinas recetadas al paciente externo, después de un deducible por año civil de doscientos cincuenta dólares ($250) hasta un máximo de $3,000 en beneficios recibidos por

el asegurado por año civil, hasta el límite no cubierto por Medicare.

(8) Cuidado de Emergencia Medicamente Necesario en un País Extranjero: Cubierta hasta el límite no cubierto por Medicare por el ochenta porciento (80%) de los cargos facturados por gastos elegibles bajo Medicare para cuidados de emergencia medicamente necesarios en un hospital, y médicos recibidos en un país extranjero, que hubiesen sido cubiertos por Medicare si se hubiesen provisto en los Estados Unidos y que comenzaran durante los primeros sesenta (60) días consecutivos de cada viaje fuera de los Estados Unidos, sujeto a un deducible por año civil de $250 y un beneficio máximo vitalicio de $50,000. Para propósitos de este beneficio, "cuidado de emergencia" significará cuidado que se necesita inmediatamente debido a una lesión o enfermedad de comienzo súbito e inesperado.

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

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

(b) Cualquiera o una combinación de las siguientes pruebas preventivas de detección o servicios preventivos, la frecuencia de las cuales se considera médicamente apropiada:

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

(2) Mamografía;

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

(4) Prueba auditiva para detectar tono puro (aire solamente), administrada u ordenada por un médico;

(5) Examen para detectar el suero de colesterol (cada cinco (5) años);

(6) Prueba de la función de la tiroide;

(7) Examen para detectar diabetes;

(c) Vacuna para la influenza administrada en cualquier momento apropiado durante el año y la vacuna de refuerzo para el tétano y la difteria (cada diez (10) años).

(d) Cualesquier otras pruebas o medidas preventivas que el médico de cabecera determine sean apropiadas.

Se reembolsará por los cargos reales hasta cien por ciento (100%) de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio, como si Medicare cubriese el servicio como se identifica en los códigos de la Terminología de Procedimientos Corrientes de la Asociación Médica Americana (AMA CPT por sus siglas en inglés), 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 que proveen asistencia en el hogar a corto plazo

con actividades del diario vivir para aquellas personas que se estén recuperando de una enfermedad, lesión o cirugía.

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

(i) Las "actividades del diario vivir" incluyen pero no se limitan a bañarse, vestirse, higiene personal, transferirse, comer, ambular, asistencia con medicamentos que son normalmente autoadministrados, y cambio de vendajes u materiales para cubrir o proteger heridas.

(ii) "Proveedor de Cuidado" significa un ayudante de salud en el hogar o ama de llave, ayudante de cuidado personal o enfermera(o) debidamente calificado(a) o autorizado(a) provisto a través de una agencia de cuidado de salud en el hogar autorizada o referida por una agencia de referidos autorizada o un registro de enfermeras autorizado.

(iii) "Hogar" significará cualquier lugar que el asegurado use como un lugar de residencia, siempre que tal lugar califique como una residencia para servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare. Un hospital o una facilidad de enfermería especializada no será considerado como el lugar de residencia del asegurado.

(iv) "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 en la duración de la visita, excepto que cada 4 horas consecutivas en un período de servicios de veinticuatro horas provisto por un proveedor de cuidado constituye una visita.

(b) Requisitos y Limitaciones de Cubierta

(i) Los servicios de recuperación provistos en el hogar deben ser primordialmente servicios que ayuden en las actividades del diario vivir.

(ii) El médico de cabecera del asegurado deberá certificar que el tipo específico y frecuencia de los servicios de recuperación en el hogar son necesarios debido a una condición para la cual se haya aprobado un plan de tratamiento cuidado en el hogar por Medicare.

(iii) La cubierta se limita a:

(I) No más del número y tipo de visitas de recuperación en el hogar certificados como necesarios 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 aprobados por Medicare bajo un plan de tratamiento de cuidado en el hogar aprobado por Medicare.

(II) Los cargos reales por cada visita hasta un reembolso máximo de $40 por visita.

(III) $1,600 por año civil.

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

(V) Cuidado suministrado a base de visitas en el hogar del asegurado.

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

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

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

(c) Se excluye cubierta para:

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

(ii) Cuidado suministrado por miembros de la familia, voluntarios sin sueldo o proveedores que no sean proveedores de cuidado.

(11) Beneficios Nuevos o Innovadores: Un emisor 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 normas aplicables. Los beneficios nuevos o innovadores podrán incluir beneficios que sean apropiados al seguro complementario a Medicare, nuevos o innovadores, que de otro modo no estén disponibles, sean de coste efectivos y que se ofrezcan en un modo que sea consistente con la meta de simplificación de pólizas complementarias a Medicare.

Artículo 9. Planes Modelos de Beneficios Complementarios a Medicare

A. Un emisor hará disponible a cada tenedor de póliza y de certificado en perspectiva un formulario de póliza o formulario de certificado que contenga solamente los beneficios básicos núcleo, según se define en el Artículo 8B de esta regla.

B. Ningún grupo, paquete o combinación de beneficios complementarios a Medicare que no sean los enumerados en este artículo se ofrecerá a la venta en Puerto Rico, excepto como pueda ser permitido en el Artículo 8C(11) y en el artículo 10 de esta regla.

C. Los planes de beneficios deberán ser uniformes en estructura, lenguaje, designación y formato a los planes modelos de beneficios "A" hasta "J" enumerados en este subartículo y conformados a las definiciones en el Artículo 4 de esta Regla. Cada beneficio será estructurado de acuerdo con el formato que se provee en los Artículos 8B y 8C y los beneficios enumerados en el orden que se muestran en este subartículo. Para propósitos de este artículo, "estructura, lenguaje, y formato" significan estilo, orden y el contenido completo de un beneficio.

D. Un emisor podrá usar, además de las designaciones de planes de beneficios que se requieren en el subartículo C, otras designaciones hasta el alcance permitido por ley.

E. Composición de los Planes de Beneficios:

(1) El plan modelo "A" de beneficios complementarios a Medicare limitará a los beneficios básicos (núcleo) comunes a todos los planes de beneficio, según se define en el Artículo 8B de esta regla.

(2) El plan modelo "B" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare según se define en el Artículo 8C(1).

(3) El plan modelo "C" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, deducible de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3) y (8), respectivamente.

(4) El plan modelo "D" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo (según se define en el Artículo 8B de esta regla), más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, cuidado de emergencias médicamente necesarios en un país extranjero y el beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C (1), (2), (8) y (10), respectivamente.

(5) El plan modelo "E" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo según definido en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la

Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero y cuidado médico preventivo según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (8) y (9), respectivamente.

(6) El plan modelo "F" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el deducible de la Parte B, cien por ciento (100%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero, y el beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3), (5) y (8), respectivamente.

(7) El plan modelo "G" de beneficios complementarios a Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el ochenta por ciento (80%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, cuidado de emergencias médicamente necesario en un páis extranjero, y el beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (4), (8) y (10), respectivamente.

(8) El plan modelo "H" de beneficios complementarios a Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un facilidad de enfermería especializada, beneficio básico de medicinas recetadas y

cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (6) y (8), respectivamente.

(9) El plan modelo "I" del beneficios complementarios a Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare. cuidado en una facilidad de enfermería especializada, cien por ciento (100%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, beneficio básico de medicinas recetadas, cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero y beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C (1), (2), (5), (6), (8) y (10), respectivamente.

(10) El plan modelo "J" de beneficios complementarios Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio núcleo según se define en el Artículo 8B de esta regla, más el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el cien por ciento (100%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, beneficio extendido de medicinas recetadas, cuidado de emergencias médicamente necesario en un país extranjero, cuidado médico preventivo y beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3), (5), (7), (8), (9) y (10), respectivamente.

Artículo 10. Pólizas y Certificados de Medicare Select

A. (1) Este artículo aplicará a pólizas y certificados de Medicare Select según se define en este artículo.

(2) No se podrá anunciar ninguna póliza o certificado como una

póliza o certificado de Medicare Select a menos que el mismo cumpla con los requisitos de este artículo.

B. Para propósitos de este artículo:

(1) "Querella" significa cualquier disgusto expresado por un individuo con respecto a un emisor o red de proveedores de Medicare Select.

(2) "Queja" significa disgusto expresado por escrito por un individuo asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select con la administración, prácticas de reclamaciones o suministro de servicios con respecto a un emisor o su red de proveedores de Medicare Select.

(3) "Emisor de Medicare Select" significa un emisor que ofrece, o pretende ofrecer, una póliza o certificado de Medicare Select.

(4) "Póliza de Medicare Select" o "certificado de Medicare Selecto" significan respectivamente una póliza o certificado com-plementario a Medicare que contiene disposiciones de red restringida.

(5) "Red de Proveedores" significa un proveedor de cuidado de salud, o un grupo de proveedores de cuidado de salud, que han entrado en un convenio por escrito con el emisor para proveer beneficios asegurados bajo una póliza de Medicare Select.

(6) "Disposición de red restringida" significa cualquier disposición que condicione el pago de beneficios, total o parcial en el uso de red de proveedores.

(7) "Area de servicio" significa el área geográfica aprobada por el comisionado de seguros donde el emisor está autorizado a ofrecer una póliza de Medicare Select.

C. El comisionado podrá autorizar a un emisor a emitir una póliza o certificado de Medicare Select, de acuerdo a este artículo y al artículo 4358 de la Ley de Reconciliación Presupuestaria del 1990 ("Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) of 1990") si el comisionado encuentra que el emisor ha cumplido con todos los requisitos de esta regla.

D. Un emisor de Medicare Select no emitirá una póliza o certificado de Medicare Select en Puerto Rico hasta que su plan de operación haya sido aprobado por el comisionado.

E. Un emisor de Medicare Select radicará un plan propuesto de operación al comisiondo en un formato prescrito por el comisionado. El plan de operación deberá incluir por lo menos la siguiente información:

(1) Evidencia de que todos los servicios cubiertos que están sujetos a las disposiciones de red restringida están disponibles y son accesibles a través de la red de proveedores, que incluya una demostración que:

(a) Los servicios pueden ser provistos por la red de proveedores con prontitud razonable con respecto a localización geográfica, atención durante horas de operación y en horas posteriores. Las horas de operación y la disponibilidad de atención en horas posteriores deberán reflejar la práctica acostumbrada en el área local. La disponibilidad geográfica deberá reflejar el plazo de tiempo usual de viaje en la comunidad.

(b) La cantidad de proveedores en la red en el área de servicio es suficiente, con respecto a los tenedores de póliza actuales y esperados o

(i) Para suministrar adecuadamente todos los servicios que estén sujetos a una disposición de red restringida; o

(ii) Para hacer referidos apropiados.

(c) Existen convenios por escrito con la red de proveedores que describen responsabilidades específicas.

(d) Cuidado de emergencia está disponible las veinticuatro (24) horas al día y los siete (7) días de la semana.

(e) En el caso de servicios cubiertos que están sujetos a una disposición de red restringida y que sean suministrados en una base prepagada, existen convenios por escrito con red de proveedores que prohíben a los proveedores a facturar o de otro modo procurar reembolso o recurso contra cualquier individuo asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select. Este párrafo no aplicará a cargos suplementarios o montos de coaseguros según se establecen en la póliza o certificado de Medicare Select.

(2) Una exposición o mapa que provea una descripción clara del área de servicio.

(3) Una descripción del procedimiento de tramitación de quejas a ser utilizada.

(4) Una descripción del programa de seguridad de calidad que incluya:

(a) La estructura organizacional formal;

(b) Los criterios por escrito para la selección, retención y remoción de proveedores de la red, y

(c) Los procedimientos para evaluar la calidad de los cuidados que proveen los proveedores de la red, y el proceso para iniciar medidas correctivas cuando sean necesarias.

(5) Una lista y descripción, por especialización de la red de proveedores.

(6) Copias de la información escrita propuesta a ser utilizada por el emisor para cumplir con el Subartículo I.

(7) Cualquier otra información que requiera el comisionado.

F. (1) Un emisor de Medicare Select radicará ante el comisionado cualquier cambio al plan de operación con excepción de los cambios a la lista de la red de proveedores, antes de implementar los cambios. Los cambios serán considerados aprobados por el comisionado después de treinta (30) días a menos que sean específicamente desaprobados.

(2) Se radicará ante el comisionado una lista actualizada de la red de proveedores por lo menos trimestralmente.

G. Una póliza o un certificado de Medicare Select no restringirá el pago por servicios cubiertos provistos por proveedores que no pertenezcan a la red si:

(1) Los servicios son para síntomas que requieran cuidado de emergencia o que se requieran inmediatamente para una enfermedad, lesión o condición imprevista; y

(2) No es razonable obtener servicios a través de una red de proveedores.

H. Una póliza o un certificado de Medicare Select deberá proveer pago para cubierta completa bajo la póliza por los servicios

cubiertos que no estén disponibles a través de la red de proveedores.

I. Un emisor de Medicare Select deberá hacer un desglose por escrito completo y justo de las disposiciones, restricciones y limitaciones de la póliza o el certicado de Medicare Select a cada solicitante. Este desglose deberá incluir pro lo menos lo siguiente:

(1) Un resumen de cubierta suficiente para permitir al solicitante a comparar la cubierta y las primas de la póliza o del certificado de Medicare Select con:

(a) Otras pólizas u otros certificados complementarios a Medicare que ofrece el expedidor, y

(b) Otras pólizas o certificados de Medicare Select.

(2) Una descripción (que incluya la dirección, el número de teléfono y horas de operación) de la red de proveedores, que incluya médicos de cuidado primario, médicos especialistas, hospitales y otros proveedores.

(3) Una descripción de las disposiciones de red restringida que incluya pagos para coaseguro y deducibles cuando se utilicen otros proveedores fuera de la red de proveedores.

(4) Una descripción de la cubierta para cuidado de emergencia y de necesidad urgente y de otra cubierta para área fuera de servicio.

(5) Una descripción de las limitaciones en referidos a la red de proveedores restringida y a otros proveedores.

(6) Una descripción de los derechos del tenedor de póliza de adquirir cualquier otra póliza o certificado complementario a Medicare que de otro modo ofrezca al emisor.

(7) Una descripción del programa de seguridad de calidad y el procedimiento de quejas del emisor de Medicare Select.

J. Un emisor previo a la venta de una póliza o un certificado de Medicare Select, deberá obtener del solicitante un formulario firmado y fechado que declare que el solicitante ha recibido la información suministrada de acuerdo al Subartículo I de este artículo y que el solicitante comprende las restricciones de la póliza o del certificado de Medicare Select.

K. Un emisor de Medicare Select deberá tener y utilizar los procedimientos para vistas de querellas y solución de quejas escritas de los suscritores. Los procedimientos deberán ser dirigidos al mutuo acuerdo para llegar a un arreglo y podrá incluir procedimientos de arbitraje.

(1) El procedimiento de tramitación de quejas deberá describirse en la póliza y los certificados y en el Resumen de Cubierta.

(2) Al momento en que se emita la póliza o el certificado, el emisor deberá proveer al tenedor de póliza información detallada que describa como se puede registrar una queja con el emisor.

(3) Las quejas serán consideradas en un modo oportuno y deberán ser tramitadas a las personas designadas para tomar decisiones, quienes tienen autoridad de investigar el asunto plenamente y tomar medidas correctivas.

(4) Si una queja se encuentra válida se tomarán las medidas correctivas prontamente.

(5) Se le notificarán a todas las partes interesadas sobre los resultados de una queja.

(6) El emisor deberá informar al comisionado no más tarde de cada 31 de marzo, lo concerniente a su procedimiento de tramitación de quejas. El informe deberá ser en un formato ordenado por el comisionado y deberá incluir el número de quejas radicadas en el año anterior y un resumen del asunto, naturaleza y resolución de dichas quejas.

L. Al momento de la adquisición inicial, un emisor de Medicare Select deberá hacer disponible a cada solicitante de una póliza o certificado de Medicare Select la oportunidad de adquirir cualquier póliza o certificado complementario a Medicare que de otro modo sea ofrecida por el emisor.

M. (1) A petición de un individuo asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select un emisor de Medicare Select deberá hacer disponible al individuo asegurado la oportunidad de adquirir una póliza o un certificado complementario a Medicare ofrecido por el emisor que tenga beneficios comparables o menores y que no incluya una disposición de red restringida. El emisor deberá hacer disponible las pólizas o certificados sin requerir evidencia de asegurabilidad después que la póliza o certificado de Medicare Select haya estado en vigor por seis (6) meses.

(2) Para propósitos de este subartículo, una póliza o certificado complementario a Medicare se considerará que tiene beneficios comparables o menores a menos que incluya uno o más beneficios significativos que no estén incluidos en la póliza o certificado de Medicare Select

que se reemplace. Para propósitos de este párrafo, un beneficio significativo quiere decir, cubierta para el deducible de la Parte A de Medicare, cubierta para medicinas recetadas, cubierta para servicios de recuperación en el hogar o cubierta para los cargos en exceso bajo la Parte B.

N. Las pólizas y certificados de Medicare Select deberán proveer para la continuación de cubierta en el caso que el Secretario de Salud y Servicios Sociales determine que las pólizas y certificados de Medicare Select emitidos de acuerdo a este artículo deben ser descontinuados debido al fracaso de reautorizar el Programa Medicare Select bajo ley o su enmienda substancial.

(1) Cada emisor de Medicare Select deberá hacer disponible a cada individuo asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select la oportunidad de adquirir cualquier póliza o certificado complementario a Medicare ofrecida por el emisor que tenga beneficios comparables o menores y que no contenga una disposición de red restringida. El emisor deberá hacer disponibles las pólizas y certificados sin requerir evidencia de asegurabilidad.

(2) Para propósitos de este subartículo, una póliza o certificado complementario a Medicare se considerará que tiene beneficios comparables o menores a menos que el mismo contenga uno o más beneficios significativos que no estén incluidos en la póliza o certificado de Medicare Select que haya sido reemplazada. Para propósitos de este párrafo, un beneficio significativo quiere decir cubierta para el dedudcible de la Parte A de Medicare,

cubierta para medicinas recetadas, cubierta para servicios de recuperación en el hogar o cubierta para los cargos en exceso bajo la Parte B.

O. Un emisor de Medicare Select deberá cumplir con los requirimientos razonables para data hechos por las agencias estatales o federales, inclusive el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, para el propósito de evaluar el Programa de Medicare Select.

Artículo 11. Registro Abierto

A. Un emisor no deberá negar ni condicionar la emisión o efectividad de cualquier póliza o certificado complementario a Medicare disponible para la venta en Puerto Rico, ni discriminar en la fijación de precio de una póliza o certificado debido al estado de salud, experiencia en reclamaciones, recibo de cuidado de salud, o condición médica de un solicitante en el caso de una solicitud para una póliza o certificado que sea sometido antes o durante el período de seis (6) meses que comienza con el primer día del primer mes en que un individuo tenga 65 años de edad o más y esté registrado para beneficios bajo la Parte B de Medicare. Cada póliza o certificado complementario a Medicare que esté generalmente disponible por un asegurador se deberá hacer disponible a todos los solicitantes que califiquen bajo este subartículo sin tomar en cuenta la edad.

B. Salvo como se dispone en el Artículo 22, el subartículo A no se interpretará como que impide 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 certificado haya recibido tratamiento o de otro modo fuera diagnosticada durante los seis (6) meses antes que la cubierta fuese efectiva.

Artículo 12. Normas para Pago de Reclamaciones

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

(1) Al aceptar una notificación de un intermediario fiscal de Medicare sobre reclamaciones cedidas doblemente sometidas por médicos y proveedores participantes como una reclamación para beneficios en lugar de cualquier otro formulario de reclamación que de otro modo fuese requerido y al hacer una determinación de pago a base de la información contenida en esa notificación;

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

(3) Al pagar al médico o proveedor participante directamente;

(4) Al suplir a cada registrado, al momento del registro, una tarjeta que inscriba el nombre de la póliza, número y una dirección postal central donde se puedan enviar notificaciones de un intermediario fiscal de Medicare.

(5) Al Pagar cargos del consumidor por notificaciones de reclamaciones que sean transmitidas electrónicamente o de otro modo; y

(6) Al proveer al Secretario de Salud y Servicios Sociales, por lo menos anualmente, una dirección postal central a la cual se puedan enviar todas la reclamaciones por los intermediarios fiscales de Medicare.

B. Se certificará el cumplimiento con los requisitos establecidos en el anterior Subartículo A en el formulario de informe de experiencia del seguro complementario a Medicare

Artículo 13. Normas para la Razón de Pérdidas y el Reembolso o Crédito de Prima

A. Normas para la Razón de Pérdidas

(1) (a) Un formulario de póliza o certificado complementario a Medicare no se entregará ni se emitirá para ser entregado a menos que pueda esperarse según se estime para todo el período para el cual se computen las tarifas para proveer cubierta, que el formulario de póliza o certificado reembolse a los tenedores de póliza y de certificados en forma de beneficios agregados (sin incluir reembolsos o créditos anticipados) provistos bajo el formulario de póliza o formulario de certificado:

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

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

b) Calculadas a base de la experiencia de reclamaciones incurridas o gastos de cuidado de salud incurridos donde se provee una cubierta por una organización de mantenimiento de salud a base de servicio en lugar de reembolso y primas devengadas para el período y de acuerdo a principios y prácticas actuariales aceptados.

(2) Todas los archivos de tarifas y programas de tarifación deberán demostrar que las reclamaciones esperadas en relación a primas cumplen con los requisitos de este artículo cuando se combina con la experiencia real hasta la fecha. Los archivos de

revisiones de tarifa deberán demostrar también que puede esperarse que la razón de pérdidas anticipada sobre el período futuro completo para el cual las tarifas revisadas se computan para proveer cubierta cumpla con las normas pertinentes de razón de pérdidas.

(3) Para propósitos de aplicar el Subartículo A(1) de este Artículo y el Subartículo C (3) del Artículo 14 solamente, las pólizas emitidas como resultado de solicitaciones de individuos por correo o por publicidad a través de los medios de comunicación (incluso ambos, anuncios impresos y de radio difusión) serán consideradas como pólizas individuales.

(4) Para las pólizas emitidas antes del 1ro de julio de 1992, las reclamaciones esperadas con relación a las primas deberán cumplir con:

(a) La razón de pérdidas anticipada archivada originalmente cuando se combina con la experiencia real desde el principio.

(b) El requisito pertinente de la razón de pérdida del Subartículo A(1)(a)(i) y (ii) cuando se combina son la experiencia real que comienza el 15 de julio de 1996 hasta la fecha, y

(c) El requisito pertinente de la razón de pérdida del Subartículo (A)(1)(a)(i)(ii) sobre el período futuro completo para el cual las tarifas se computan para proveer cubierta.

B. Cálculo de Reembolso o Crédito

(1) Un emisor acumulará y archivará con el Comisionado para el 31 de mayo de cada año la data contenida en el formulario de

informe aplicable que se incluye en el Apéndice A para cada tipo en un plan modelo de beneficio uniforme complementario a Medicare.

(2) Si a base de la experiencia según informada la razón del punto de referencia ("benchmark") desde el principio (razón 1) excede la razón de experiencia ajustada desde el principio (razón 3), entonces se requiere un cálculo de reembolso o crédito. El cálculo de reembolso deberá ser hecho en una base estatal para cada tipo en un plan de beneficio uniforme complementario a Medicare. Para propósitos del cálculo de reembolso o crédito, se excluirá la experiencia sobre pólizas emitidas dentro del año del informe.

(3) Para propósitos de este artículo, las pólizas o certificados emitidos antes del 1ro de julio de 1992, el emisor hará el cálculo de reembolso o de crédito por separado para todas las pólizas individuales (inclusive todas las pólizas grupales sujetas a una norma de razón de pérdida individual cuando se emiten) combinadas y todas las pólizas grupales combinadas por experiencia después de 15 de julio de 1996. El primer informe deberá ser radicado el 31 de mayo de 1998.

(4) Se hará un reembolso o crédito solamente cuando la razón de pérdidas del punto de referencia ("benchmark") exceda la razón de pérdidas de la experiencia ajustada y la cantidad a ser reembolsada o acreditada excede un nivel *de minimus*. El reembolso incluirá interés desde el final del año civil hasta la fecha del reembolso o crédito a una tasa determinada por el Secretario de Salud y Servicios Sociales, pero de ningún modo será menor que la tasa de interés promedio para bonos de

tesorería a 13 semanas. Un reembolso o crédito contra primas adeudadas deberá ser hecho para el 30 de septiembre siguiente al año de experiencia sobre el cual se basa el reembolso o crédito.

C. Archivo Anual de Tarifas de Primas

Un emisor de pólizas y certificados complementarios a Medicare emitidas antes o después de la fecha de efectividad del 30 de julio de 1992, en Puerto Rico archivará anualmente sus tarifas, programas de tarifación y documentación justificativa que incluya las razones de pérdidas incurridas a primas devengadas por el término de la póliza para aprobación por el comisionado de acuerdo con los requisitos de archivo y procedimientos prescritos por el comisionado. La documentación justificativa deberá demostrar también de acuerdo con los principios de práctica actuarial al utilizar presunciones razonables que puede esperarse que las normas pertinentes de razón de pérdidas se cumplan para todo el período por el cual se computen las tarifas. La demostración excluirá reservas de vidas activas. Una razón de pérdidas esperada del tercer año que sea mayor o igual al porcentaje aplicable será demostrada para pólizas o certificados en vigor por menos de tres (3) años.

Tan pronto como sea posible, pero previo a la fecha de vigencia de mejoras en beneficios de Medicare, cada emisor de pólizas o certificados complementarios a Medicare en Puerto Rico archivará con el comisionado en conformidad con los procedimientos aplicables de archivo de Puerto Rico:

(1) (a) Ajustes apropiados de prima necesarios para producir razones de pérdidas según anticipadas para la prima actual para las pólizas o certificados aplicables. Los

documentos justificativos necesarios para justificar el ajuste, acompañarán el archivo.

(b) Un emisor hará ajustes de prima necesarios para producir una razón de pérdidas esperada bajo la póliza o certificado que esté en conformidad con las normas mínimas de razón de pérdidas para pólizas complementarias a Medicare y que se espera resulten en una razón de pérdida por lo menos tan grande como la que se anticipara originalmente en las tarifas utilizadas para producir primas actuales por el emisor para las pólizas o certificados complementarios a Medicare. Ningún ajuste de prima que modifique la experiencia de razón de pérdidas bajo la póliza que no sean los ajustes aquí descritos se hará con respecto a una póliza en cualquier momento que no sea su fecha de renovación o fecha de aniversario.

(c) Si un emisor falla en realizar ajustes de prima aceptables al comisionado, el comisionado podrá ordenar ajustes de primas, reembolsos o créditos de primas que se consideren necesarios para lograr la razón de pérdidas requerida por este artículo.

(2) Cualesquier formularios pertinentes de aditamentos, endosos o pólizas que se necesiten para realizar las modificaciones a la póliza o certificado complementario a Medicare necesarias para eliminar las duplicaciones de beneficios con Medicare. Los formularios de aditamentos, endosos o pólizas proveerán una descripción clara de los beneficios complementarios a Medicare provistas por la póliza o certificado.

D. Vistas Públicas

El comisionado podrá dirigir una vista pública para recoger información relacionada a una petición por un emisor para un aumento en una tarifa para un formulario de certificado o formulario de póliza emitido antes o después de la fecha vigente del 1 de julio de 1992, si la experiencia del formulario para el período anterior de informe no cumple con la norma aplicable de razón de pérdidas. La determinación de cumplimiento se hace sin tomar en consideración algún reembolso o crédito para el período de informe. Se dará aviso público de la vista en un modo que el comisionado estime apropiado.

Artículo 14. Archivo y Aprobación de Pólizas y Certificados y Tarifas de Primas

A. Un emisor no entregará ni emitirá para ser entregado una póliza o certificado a un residente de Puerto Rico a menos que el formulario de póliza o de certificado haya sido archivado con y aprobado por el comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos de archivo ordenados por el comisionado.

B. Un emisor no usará ni cambiará las tarifas de primas para una póliza o certificado complementario a Medicare a menos que las tarifas, programa de tarifación y documentación justificativa hayan sido archivados y aprobados por el comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos ordenados por el comisionado.

C. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (2) de este subartículo, un emisor no archivará para aprobación más de un formulario de una póliza o certificado de cada tipo para cada modelo de plan uniforme de beneficios complementario a Medicare.

(2) Un emisor podrá ofrecer, con la aprobación del comisionado, hasta cuatro (4) formularios de póliza o formularios de certi-

ficado adicionales del mismo tipo para el mismo plan uniforme de beneficios complementario a 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 emisión garantizada o cubierta suscrita;

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

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

D. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (1)(a), un emisor continuará haciendo disponible para la compra cualquier formulario de póliza o de certificado emitido después de la fecha de efectividad de esta regla que haya sido aprobado por el comisionado. Un formulario de póliza o certificado no se considerará que está disponible para compra a menos que el emisor lo haya ofrecido activamente para venta en los doce (12) meses previos.

(a) Un emisor podrá descontinuar la disponibilidad de un formulario de póliza o certificado si el emisor provee al comisionado por escrito su decisión con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la descontinuación de la disponibilidad del formulario de póliza o certificado. Después que el comisionado haya recibido el aviso, el emisor no ofrecerá más el formulario de póliza o certificado para la venta en Puerto Rico.

(b) Un emisor que descontinúe la disponibilidad de un formulario de póliza o formulario certificado con arreglo al Subpárrafo (a) no archivará para aprobación un formulario de póliza o de certificado nuevo del mismo tipo para el mismo modelo de plan de beneficio complementario a Medicare como el formulario descontinuado por un período de cinco (5) años después que el emisor le notifique 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 a Medicare a otro emisor será considerado como una descontinuación para propósitos de este subartículo.

(3) Un cambio en la estructura o metodología de tarifación se considerará como una descon tinuación bajo el Párrafo (1) a menos que el emisor cumpla con los siguientes requisitos:

(a) El emisor provee un memorando actuarial, en una forma y manera prescrita por el comisionado, que describa la manera en que la metodología revisada de tarifación y las tarifas resultantes difieren de la metodología de tarifación existente y las tarifas existentes.

(b) El emisor subsiguientemente no pone en vigencia un cambio de tarifas o de factores de tarifación que causaría el diferencial en porcentaje entre las tarifas descontinuadas y subsiguientes como se describe en el memorando actuarial para el cambio. El comisionado podrá

aprobar un cambio al diferencial que sea del interés público.

E. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (2), la experiencia de todos los formularios de póliza o certificado del mismo tipo en un plan uniforme de beneficios complementarios a Medicare se combinarán para propósitos del cálculo del reembolso del crédito que se prescribe en el Artículo 13 del Reglamento Modelo del Seguro Complementario a Medicare de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro (NAIC por sus siglas en inglés).

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

Articulo 15. Arreglos de Compensación Permitidos

A. Un emisor 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 a Medicare solamente si la comisión del primer año u otra compensación del primer año no es mayor del 200 por ciento de la comisión u otra compensación pagada por la venta o servicio de la póliza, 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. Ningún emisor u otra entidad proveerá compensación a sus agentes u otros productores y ningún agente o productor recibirá compensación mayor que la compensación de renovación pagadera por el emisor

reemplazador en pólizas o certificados de renovación si una póliza o certificado existente se reemplaza.

D. Para própositos 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 que incluya pero no se limite a bonos, regalos, premios, concesiones, y honorarios de investigadores.

Artículo 16. Disposiciones Requeridas de Divulgación

A. Reglas Generales.

(1) Las pólizas y certificados complementarios a Medicare, incluirán una disposición de renovación, o continuación. El lenguaje o especificaciones de la disposición deberán ser consistentes con el tipo de contrato emitido. La disposición estará titulada apropiadamente, y aparecerá en la primera página de la póliza e incluirá cualquier reservación del derecho del emisor a cambiar primas y cualesquier aumentos automáticos de prima de renovación basadas en la edad del tenedor de póliza.

(2) Con excepción de los aditamentos o endosos por los cuales el emisor efectúa una petición por escrito hecha por el asegurado, ejerce un derecho específicamente reservado bajo una póliza complementaria a Medicare, o requiere reducir o eliminar beneficios para evitar duplicación de beneficios de Medicare, todos los aditamentos o endosos anejados a una póliza complementaria a Medicare después de la fecha de emisión o a la reinstalación o renovación que reducen o eliminan beneficios o cubierta en la póliza requerirán una aceptación firmada por el asegurado. Posterior a la fecha de emisión de la póliza o certificado, cualquier aditamento o endoso que aumente beneficios

o cubierta con un aumento concomitante en prima durante el término de la póliza deberá ser acordado por escrito firmado por el asegurado, a menos que los beneficios sean requeridos por las normas mínimas para pólizas complementarias a Medicare, o si los aumentos en beneficios o cubierta sean requeridos por ley. Donde se cobre una prima adicional por separado por los beneficios provistos en relación con aditamentos o endosos, el cargo por prima se establecerá en la póliza.

(3) Las pólizas o certificados complementarios a Medicare no proveerán para el pago de beneficios basándose en normas descritas como "usuales y acostumbradas", "razonables y acostumbradas" o palabras con el mismo sentido.

(4) Si una póliza o certificado complementario a Medicare, contiene cualesquier limitaciones con respecto a condiciones preexistentes, tales limitaciones aparecerán como un párrafo separado de la póliza y, se designará como "Limitaciones por Condiciones Preexistentes".

(5) Las pólizas y certificados complementarios a Medicare deberán tener un aviso impreso en forma prominente 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 certificado tendrá el derecho a devolver la póliza o certificado dentro de treinta (30) días a partir de su entrega, y a tener la prima reembolsada si, después de examinar la póliza o certificado, la persona asegurada no está satisfecha por cualquier razón.

(6) (a) Emisores de pólizas o certificados de accidente y enfermedad que provean cubierta de hospital o gastos médicos

a base de gastos incurridos o de indemnización a personas elegibles para Medicare deberán proveer a esos solicitantes una copia de la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare en la forma desarrollada conjuntamente por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros y la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y en un tamaño tipométrico que no sea menor que la tipometría de 12 espacios. La entrega de la guía se hará, sin importar si las pólizas o certificados se anuncien, se soliciten o se emitan como pólizas o certificados complementarios a Medicare según se definen en esta regla. Excepto en el caso de emisores de respuesta directa, la entrega de la Guía se hará al solicitante al momento de la solicitud y el emisor deberá obtener un acuse de recibo la Guía. Los emisores de respuesta directa entregarán la Guía al solicitante por petición, pero no más tarde que en el momento en que se entregue la póliza.

(b) Para propósitos de este artículo "forma" significa el lenguaje, formato, tamaño tipométrico, espacio proporcional de tipometría, impreso en negrilla y espacio de líneas.

(3) Los avisos no incluirán ni serán acompañados por ninguna solicitación.

B. Requisitos del Aviso.

(1) Tan pronto como sea posible, pero no más tarde de treinta (30) días antes de la fecha de efectividad anual de cualesquier

cambios en los beneficios de Medicare, un emisor notificará a sus tenedores de pólizas y certificados, las modificaciones que se hayan hecho a las pólizas o certificados de seguro complementario a Medicare en un formato que sea aceptable al Comisionado de Seguros. El aviso deberá:

(a) Incluir una descripción de las revisiones al programa Medicare y una descripción de cada modificación hecha a la cubierta provista bajo la póliza o certificado complementario a Medicare, e

(b) Informar a cada tenedor de póliza o de certificado cuándo se hará algún ajuste de prima debido a cambios en el Medicare.

(2) El aviso sobre modificaciones de beneficios y cualquier ajuste de primas se hará en forma resumida y en términos claros y sencillos de modo que se facilite la comprensión.

C. Requisitos para el Resumen de Cubierta para Pólizas Complementarias a Medicare:

(1) Los emisores deberán proveer un resumen de cubierta a todos los solicitantes en el momento en que se presente la solicitud al solicitante en perspectiva y, con excepción de pólizas de respuesta directa, deberán obtener un acuse de recibo del resumen de cubierta del solicitante; y

(2) Si se provee un resumen de cubierta en el momento de la solicitud, y si la póliza o certificado complementario a Medicare se emite sobre una base que podría requerir revisión del resumen, un resumen de cubierta sustituto que describa la póliza o certificado a cabalidad deberá acompañar la póliza o certificado cuando se entregue e incluir la siguiente declaración

inmediatamente sobre el nombre de la compañía en una tipometría de por lo menos doce espacios:

"AVISO: Lea este resumen de cubierta. No es idéntico al resumen de cubierta provisto con la solicitud y la cubierta solicitada originalmente, no ha sido emitida."

(3) El resumen de cubierta que se provee a solicitantes en conformidad con este Artículo consiste de cuatro partes: una portada, información sobre primas, páginas de declaraciones, y esquemas que muestran las peculiaridades de cada plan de beneficios que ofrece el emisor. El resumen de cubierta será en el lenguaje y formato que se describe más adelante en una tipometría no menor de doce (12) espacios. Todos los planes A - J se mostrarán en la portada, y los planes que ofrece el emisor se identificarán prominentemente: La información de primas para los planes que se ofrecen se mostrará en la portada o inmediatamente después de la portada y se exhibirá prominentemente. La prima y el modo deberán ser declarados para todos los planes que se ofrecen al solicitante en perspectiva. Todas las primas posibles para el solicitante en perspectiva serán ilustradas.

(4) Las siguientes peculiaridades se incluirán en el resumen de cubierta en el orden prescrito más adelante.

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

Se puede vender seguro complementario a Medicare solamente en diez planes uniformes. Este esquema muestra los beneficios que se incluyen en cada plan. Cada compañía deberá hacer disponible el Plan "A". Algunos planes podrían no estar 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 de Medicare terminen.
Gastos Médicos: Coaseguro de la Parte B (generalmente 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 Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Enfermería Especializada
	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A
		Deducible Parte B			Deducible Parte B				Deducible Parte B
					Exceso Parte B (100%)	Exceso Parte B (80%)		Exceso Parte B (100%)	Exceso Parte B (100%)
		Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero
			Recuperación en el Hogar			Recuperación en el Hogar		Recuperación en el Hogar	Recuperación en el Hogar
							Medicinas Básicas (Límite $1,250)	Medicinas Básicas (Límite $1,250)	Medicinas Ampliadas (Límite $3,000)
				Cuidado Preventivo					Cuidado Preventivo

INFORMACION SOBRE PRIMAS [En Negrilla]

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

DECLARACIONES [En Negrilla]

Utilice este resumen para comparar beneficios entre pólizas y primas.

LEA SU POLIZA MUY DETENIDAMENTE [En Negrilla]

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

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA [En Negrilla]

Si usted encuentra que no está satisfecho con su póliza, podrá devolverla a [insertar la dirección del emisor]. Si usted nos devuelve la póliza dentro de 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 haya realmente recibido su nueva póliza y esté seguro de que la quiere retener.

AVISO [En Negrilla]

Esta póliza puede que no cubra todos sus costos médicos.

[para agentes:]

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

[para respuesta directa:]

[inserte nombre de la compañía:] no está relacionado con Medicare.

Este resumen de cubierta no da todos los detalles de la cubierta Medicare. Póngase en contacto con su oficina local de Seguro Social o consulte el Manual de Medicare para más detalles.

LAS CONTESTACIONES COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

[En Negrilla]

Cuando usted llene la solicitud para la nueva póliza, esté seguro de contestar verídica y completamente todas las preguntas acerca de su historial médico y de salud. La compañía podría cancelar su póliza y negarse a pagar cualesquier reclamaciones si omite o falsifica información médica importante. [Si la póliza o certificado es de 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 identificado prominentemente en la portada, un esquema que muestre los servicios, pagos de Medicare, pagos del plan y pagos del asegurado para cada plan, que utilice el mismo lenguaje, en el mismo orden, que utilice un arreglo y formato uniforme según se muestra en los esquemas más adelante. No se podrá mostrar más de cuatro planes en una esquema. Para propósitos de ilustración, se incluyen esquemas para cada plan en esta regla. Un emisor podrá usar designaciones adicionales de plan de beneficio en estos esquemas en conformidad con el Artículo 8D de esta regla.]

[Incluya una explicación de cualesquier beneficios innovadores en la portada y en el esquema de un modo que sea 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 especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días	Todo menos $ [716]	$ 0	$ [716] (Deducible de la Parte A)
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
-Después de los 365 días adicionales			
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ 0	Hasta [89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN A
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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 Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$100 ((Deducible Parte B)
Remanente 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ 0	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ 0	Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

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

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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 Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$100 ((Deducible Parte B)
Remanente 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días 61er. hasta 90mo. día 91er. día y posteriormente: -Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia -Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia -365 días adicionales -Después de los 365 días adicionales	 Todo menos $ [716] Todo menos $ [179] por día Todo menos $ [358] por día $ 0 $ 0	 $ [716] (Deducible Parte A) $ [179] por día $ [358] por día 100% de los gastos elegibles de Medicare $ 0	 $ 0 $ 0 $ 0 $ 0 Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días 21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente	Todas las cantidades aprobadas Todo menos $[89.50] por día $ 0	$ 0 $ Hasta $[89.50] por día $ 0	$ 0 $ 0 Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	$ 0 100%	3 pintas $ 0	$ 0 $ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN C
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$ 0
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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	$100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente 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 medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$ 250
Remanente de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	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 un paciente recluido en un hospital y termina después que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
-Después de los 365 días adicionales			
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN D
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PLAN D (CONTINUACION)

PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0
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 Medicare aprobó un Plan de Tratamiento de 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 a partir de la última visita Aprobada por Medicare	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por Medicare, que no exceda de 7 cada semana	
-Máximo por año civil	$ 0	$1,600	

PLAN D (CONTINUACION)
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$ 250
Remanente 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN E
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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 Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$ 100 (Deducible Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0

PLAN E (CONTINUACION)
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Remanente 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, refuerzo para tétano y difteria y educación, administrados u ordenados por su médico cuando no estén cubiertos por 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
-Después de los 365 días adicionales			
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN F
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las 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 Parte B)	$ 0
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente 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 medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Remanente 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 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos de elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN G
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	$ 0	80%	20%
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$ 100 (Deducible Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0

PLAN G (CONTINUACION)

PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
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 Medicare aprobó un Plan de Tratamiento de Cuidado en el Hogar - Beneficio por cada visita - Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas a partir de la última visita Aprobada por Medicare -Máximo por año civil	$ 0 $ 0 $ 0	Cargos corrientes hasta $40 por visita Hasta el número de visitas aprobadas por Medicare, que no exceda de 7 cada semana $1,600	Balance

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 medicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Remanente 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 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN H
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre 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 Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$ 100 (Deducible Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0

PLAN H (CONTINUACION)

OTROS SERVICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Remanente 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
MEDICAMENTOS RECETADOS BASICOS DEL PACIENTE AMBULATORIO NO CUBIERTOS POR MEDICARE Primeros $250 cada año civil Próximos $2,500 cada año civil Sobre $2,500 cada año civil	 $ 0 $ 0 $ 0	 $ 0 50% - $1,250 beneficio máximo del año civil $ 0	 $ 250 50% 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN I
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para 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 Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	$ 0	$ 80%	20%
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible Parte B)
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$ 0	$ 100 (Deducible Parte B)
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0

PLAN I (CONTINUACION)

PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
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 Medicare aprobó un Plan de Tratamiento de 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 a partir de la última visita Aprobada por Medicare	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por Medicare, que no exceda de 7 cada semana	
-Máximo por año civil	$ 0	$1,600	

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$ 250
Remanente 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 que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado especializado en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y productos generales			
Primeros 60 días			
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $ [716]	$ [716] (Deducible Parte A)	$ 0
91er. día y posteriormente:	Todo menos $ [179] por día	$ [179] por día	$ 0
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia			
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia	Todo menos $ [358] por día	$ [358] por día	$ 0
-365 días adicionales	$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	$ 0
-Después de los 365 días adicionales	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADOS EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, inclusive haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado en 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 $[89.50] por día	$ Hasta $[89.50] 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 su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguros muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes recluidos	$ 0	Balance

PLAN J
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez 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 - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las 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 Parte B)	$ 0
Remanente 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 especializado y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por Medicare*	$ 0	$100 (Deducible Parte B)	$ 0
Remanente de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	$ 0

PLAN J (CONTINUACION)

PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
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 Medicare aprobó un Plan de Tratamiento de Cuidado en el Hogar - Beneficio por cada visita - Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas a partir de la última visita Aprobada por Medicare -Máximo por año civil	 $ 0 $ 0 $ 0	 Cargos corrientes hasta $40 por visita Hasta el número de visitas aprobadas por Medicare, que no exceda de 7 cada semana $1,600	 Balance

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios medicamente necesarios de cuidado de emergencia que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Remanente 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
MEDICAMENTOS RECETADOS AMPLIADOS DEL PACIENTE AMBULATORIO-NO CUBIERTOS POR MEDICARE Primeros $250 cada año civil Próximos $6,500 cada año civil Sobre $6,000 cada año civil	 $ 0 $ 0 $ 0	 $ 0 50% - $3,000 beneficio máximo del año civil $ 0	 $ 0 50% Todos los Costos

PLAN J (CONTINUACION)

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

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, refuerzo para tétano y difteria y educación, administrados u ordenados por su médico cuando no estén cubiertos por Medicare			
Primeros $120 cada año civil	$ 0	$120	$ 0
Cargos adicionales	$ 0	$ 0	Todos los Costos

D. Aviso relacionado con Pólizas o Certificados Que No Sean Pólizas Complementarias a Medicare:

(1) Cualquier póliza o certificado de seguro de accidente o enfermedad que no sea una póliza complementaria a Medicare, una póliza emitida en conformidad a un contrato bajo la Sección 1876 de la Ley Federal del Seguro Social (42 U. S. C. sec. 1395, et seq.), una póliza de ingreso por incapacidad, u otra póliza identificada en el artículo 3B de esta regla, emitida para ser entregada en Puerto Rico a personas elegibles para Medicare deberá notificar a las personas cubiertas bajo la póliza, que la póliza no es una póliza o certificado complementario a Medicare. El aviso deberá estar impreso en o adherido a la primera página del resumen de cubierta entregado a los asegurados bajo esta póliza, o si no se entrega un resumen de cubierta, a la primera página de la póliza o certificado entregado a los asegurados. El 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 A MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, examine la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare disponible por la compañía.

(2) Las solicitudes provistas a personas elegibles a Medicare para las pólizas o certificados de seguro de salud descritas en el Subartículo D(1) divulgarán hasta que grado la póliza duplica a Medicare, mediante el uso de la declaración en el Apéndice C que aplique. Se proveerá la declaración de divulgación como

parte de o conjuntamente con, la solicitud para la póliza o certificado.

Artículo 17. Requisitos para Formularios de Solicitud y Reemplazo de Cubierta

A. Los formularios de solicitud deberán incluir las siguientes preguntas diseñadas a producir información si a la fecha de la solicitud, el solicitante tiene en vigor otra póliza complementaria a Medicare u otra póliza o certificado de seguro de salud o si una póliza o certificado complementario a Medicare tiene el propósito de reemplazar cualquier otra póliza o certificado de seguro de accidente y enfermedad que en ese momento esté en vigor. Se podrá usar una solicitud suplementaria u otro formulario a ser firmado por el solicitante y el agente que contenga dichas preguntas y declaraciones.

[Declaraciones]

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

(2) Si usted adquiere esta póliza, usted podría necesitar evaluar su cubierta de salud existente y decidir si necesita cubiertas múltiples.

(3) Usted podría ser elegible para beneficios bajo Medicaid y no necesitar una póliza complementaria a Medicare.

(4) Los beneficios y primas bajo su póliza complementaria a Medicare podrán ser suspendidos por 24 meses si lo solicita, mientras tenga el derecho a los beneficios bajo Medicaid. Usted deberá solicitar esta suspensión dentro de 90 días de haberse convertido en elegible para Medicaid. Si usted ya no tiene derecho a Medicaid, su póliza será reinstalada si se solicita dentro de 90 días de haber perdido su elegibilidad a Medicaid.

(5) En Puerto Rico pueden estar disponibles servicios de consejería para proveer asesoramiento relacionado a su adquisición de una póliza complementaria a Medicare y concerniente a asistencia médica através del programa estatal Medicaid, que incluya beneficios como un Beneficiario Medicare Calificado (QMB, por sus siglas en inglés) y un Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB por sus siglas en inglés).

[Preguntas]

A su mejor entender.

(1) ¿Tiene usted en vigor otra póliza o certificado de seguro complementario a Medicare?

(a) Si es así, ¿con cuál compañía?

(b) Si es así, ¿tiene usted la intención de reemplazar su póliza complementaria a Medicare con esta póliza [certificado]?

(2) ¿Tiene usted cualquier otra cubierta de seguro de salud que provea beneficios similares a esta póliza complementaria a Medicare?

(a) Si es así, ¿con cuál compañía?

(b) ¿Qué tipo de póliza?

(3) ¿Está usted cubierto para asistencia médica a través del Programa estatal de Medicaid?

(a) ¿Cómo un Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB por sus siglas en inglés)?

(b) ¿Cómo un Beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés)?

(c) ¿Para otros beneficios médicos de Medicaid?

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

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

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

C. En el caso de un emisor de respuesta directa, una copia de la solicitud o formulario suplementario, firmado por el solicitante y confirmado por el asegurador, será devuelto al solicitante por el asegurador a la entrega de la póliza.

D. Al determinar que una venta implicará el reemplazo de una cubierta complementaria a Medicare, cualquier emisor, que no sea un emisor de respuesta directa, o su agente, le suplirá al solicitante, anterior a la emisión o entrega de la póliza o certificado complementario a Medicare un aviso concerniente al reemplazo de una cubierta complementaria a Medicare. Se proveerá al solicitante una copia del aviso firmado por el solicitante y el agente, excepto donde se venda cubierta sin un agente, y una copia firmada adicional será retenida por el emisor. Un emisor de respuesta directa entregará el aviso relacionado con el reemplazo de cubierta complementaria a Medicare al solicitante al momento de emisión de la póliza.

E. El aviso que se exige a un emisor en el Subartículo D anterior deberá proveerse fundamentalmente en la siguiente forma con una tipometría de no menos de doce (12) puntos:

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REEMPLAZO

DE UN SEGURO COMPLEMENTARIO A MEDICARE

[Nombre de la compañía de seguros y dirección]

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

De acuerdo a (su solicitud) (información que usted ha proporcionado) usted intenta terminar la cubierta Complementaria a Medicare existente y reemplazarla con una póliza a ser emitida por (Nombre de la Compañía). Su nueva póliza proveerá treinta (30) días dentro de los cuales usted podrá decidir sin costo si desea mantener la póliza.

Usted deberá revisar esta nueva cubierta cuidadosamente. Compárela con todas las cubiertas de accidente y enfermedad que tenga actualmente. Si, después de la debida consideración, encuentra que la adquisición de esta nueva cubierta complementaria a Medicare es una buena decisión, deberá terminar su cubierta complementaria a Medicare actual. Usted deberá evaluar la necesidad de otra cubierta por accidente y enfermedad que tenga que podría duplicar esta póliza.

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

He revisado su cubierta médica o de seguro de salud actual. A mi mejor conocimiento esta póliza complementaria a Medicare no duplicará su cubierta complementaria a Medicare existente porque usted tiene la intención de terminar su cubierta complementaria a Medicare existente. La póliza de reemplazo se adquiere por la siguiente razón (coteje una):

_____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 denegación o demora de una reclamación para beneficios bajo la nueva póliza, mientras que una reclamación similar podría ser pagadera bajo su póliza actual.

2. La ley estatal provee para que su póliza o certificado de reemplazo pueda no contener condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de prueba nuevos. El asegurador relevará cualesquier períodos de tiempo aplicables a condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación, o períodos de prueba en la nueva póliza (o cubierta) para beneficios 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 con nueva cubierta, asegúrese de contestar veraz y cabalmente todas las preguntas en la solicitud relativas a su historial médico y de salud. El dejar de incluir en la solicitud toda la información médica esencial podría proveer un fundamento a la compañía para denegar cualquier reclamación futura y reembolsar su prima, como si su póliza nunca hubiese estado vigente. Después que su solicitud haya sido llenada y antes de que usted la firme, revísela cuidadosamente para estar seguro de que registró correctamente toda la información. [Si la póliza o certificado es de emisión garantizada no es necesario que este párrafo aparezca.]

No cancele su póliza actual hasta que usted haya recibido su nueva póliza y esté 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 condiciones preexistentes) podrán ser omitidas por un emisor si el reemplazo no implica aplicación de una nueva limitación de condición preexistente.

Artículo 18. Requisitos para archivo de anuncios

Un emisor deberá proveer al Comisionado de Seguros de Puerto Rico una copia de cualquier anuncio de cubierta complementaria a Medicare que se intente usar en Puerto Rico a través de medios escritos, radio o televisión para ser analizado o aprobado por el comisionado en la medida que sea requerido por el Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento.

Artículo 19. Normas de Mercadeo

A. Un emisor, 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 justa y precisa.

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

(3) Desplegar prominentemente por tipo, sello u otros medios apropiados en la primera página de la póliza lo siguiente:

"Aviso al Comprador: Esta póliza puede que no cubra todos sus costos médicos."

(4) Investigar y de otro modo hacer todo esfuerzo razonable para identificar si un solicitante en perspectiva o registrado para seguro complementario a Medicare tiene ya cubierta de accidente y enfermedad y los tipos y cantidades de tal seguro.

(5) Establecer procedimientos de intervención para verificar el cumplimiento con esta Subsección 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 o aseguradores con el propósito de inducir, o tender a inducir, cualquier persona a caducar, liquidar, entregar, terminar, retener, prometer, ceder, tomar prestado a cuenta de, o convertir una póliza de seguro o a obtener una póliza de seguro con otro asegurador.

(2) Tácticas de miedo o intimidación. Al emplear cualquier método de mercadeo que tenga el efecto de o tendencia a inducir la compra de seguro a través de fuerza, temor, amenaza, sea esta explícita o implicada, o presión indebida para comprar o recomendar la compra de seguro.

(3) Anuncios de pistas frías. Hacer uso directa o indirectamente, de cualquier método de mercadeo que no logre divulgar en una manera conspicua que un propósito del método de mercadeo es la solicitación de seguro y que se hará contacto por medio de un agente de seguros o una compañía de seguros.

C. Los términos "Complementario a Medicare", "Medigap, Medicare Wrap Around", y palabras con significados semejantes no deberán ser utilizados a menos que la póliza se emita en cumplimiento con esta regla.

Artículo 20. Propiedad de Compra Recomendada y Seguro Excesivo

A. Al recomendar la compra o reemplazo de alguna póliza o certificado complementario a Medicare, un agente deberá esforzarse razonablemente para determinar la propiedad de una compra o reemplazo recomendado.

B. Cualquier venta de cubierta complementaria Medicare que le provea a un individuo más de una póliza o certificado complementario a Medicare está prohibida.

Artículo 21. Informe de Pólizas Múltiples

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

(1) Número de póliza y de certificado, y

(2) Fecha de emisión

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

Artículo 22. 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 a Medicare reemplaza otra póliza o certificado complementario a Medicare, el emisor, que reemplace deberá relevar 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 a Medicare por beneficios similares hasta el término del tiempo que se utilizó bajo la póliza original.

B. Si una póliza o certificado complementario a Medicare reemplaza otra póliza o certificado complementario a Medicare que haya estado en vigor por lo menos seis (6) meses, la póliza que reemplaza no proveerá ningún período de tiempo aplicable a condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación y períodos de prueba por beneficios similares a los contenidos en la póliza o certificado original.

Artículo 23. Cláusula de Salvedad

Si alguna disposición de esta regla o su aplicación a alguna persona o circunstancia es por cualquier razón considerada nula, ni el resto de la regla ni la aplicación de tal disposición a otras personas o circunstancias serán afectadas.

Artículo 24. Fecha de Efectividad

Esta Enmienda a la regla será efectiva en: 15 de julio de 1996

Fecha de Aprobación: 19 de junio de 1996

Fecha de radicación

en el Departamento de Estado: 16 de julio de 1996

Manuel Díaz Saldaña
Secretario de Hacienda
Departamento de Hacienda

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Apéndice A

FORMULARIO PARA CALCULAR DE REEMBOLSO DE POLIZA COMPLEMENTARIA A MEDICARE PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO[1] _____ SMSBP[2] _____

Para el Estado de_____ Nombre de la Compañía_____

Código Grupal NAIC_____ Código de la Compañía NAIC _____

Dirección _____ Persona Que Llene Este Documento_____

Título_____ Número de Teléfono_____

línea---		(a) Prima Devengada[3]	(b) Reclamaciones Claims[4]
1.	Experiencia del Año Actual		
	a. Total (todos los años póliza)		
	b. Emisiones del año actual[5]		
	c. Neto (para propósitos de informar = 1a - 1b)	_____	_____
2.	Experiencia de Años Anteriores (Todos los Años 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. Razón de Punto de Referencia Desde el Comienzo (VER HOJA DE TRABAJO PARA LA RAZON 1) _____

8. Razón de la Experiencia Desde el Comienzo _____

Total de Reclamaciones Reales Incurridas (línea 3, col. b) = Relación 2

Total de Primas Devengadas
(line 3, col. a) - Reembolso Desde el Comienzo (Línea 6)

9. Años de Vida Expuestos Desde el Comienzo_____

Si la Razón de la Experiencia es menor que la Razón del Punto de Referencia ("Benchmark"), y si hay más de 500 Años de Vida en la exposición, entonces proceda a calcular el reembolso.

10. Tolerancia Permitida (obtenida de la tabla de credibilidad

Tabla de Credibilidad de Complementario a 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 menor de 500, no hay credibilidad.

FORMULARIO DE CALCULOS DE REEMBOLSO DE COMPLEMENTARIA
AL MEDICARE PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO[1] _____ SMSBP[2] _____

Para el Estado de_____ Nombre de la Compañía_____

Código Grupal NAIC_____ Código de la Compañía NAIC _____

Dirección _____ Persona Que Llene Este Documento_____

Título_____ Número de Teléfono_____

11. Ajuste a las Reclamaciones incurridas para Credibilidad _____

    Razón 3 = Razón 2 + Tolerancia

Si la Razón 3 es menor que la razón del Punto de Referencia ("Benchmark"), entonces proceda.

12. Reclamaciones Incurridas Ajustadas _____

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

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

    Reclamaciones Incurridas Ajustadas (renglón 12)

    Razón de Punto de Referencia ("Benchmark") (Razón 1) _____

Si la cantidad en el renglón 13 es menor que .005 veces la prima anualizada en vigor al 31 de diciembre del año del informe, entonces no se hará reembolso. De otro modo, la cantidad en el renglón 13 tiene que ser reembolsada o acreditada y se deberá anejar a este formulario una descripción del reembolso y/o crédito contra las primas que tiene que utilizarse.

[1] Individual, grupal, Medicare Select individual o Medicare Select grupal solamente
[2] "SMSBP"(por sus siglas en inglés) =Plan de Beneficio Uniforme Complementario a Medicare ("Standardized Medicare Supplementary Benefit Plan")
[3] Incluye Recargos Modales y Cargos por Emolumentos
[4] Excluye Reservas Vitalicias Activas
[5] Esto es para ser utilizado como "Prima Devengada del Año en Emisión" para el Año 1 de la "Hoja de Trabajo para el Cálculo de las Razones del Punto de Referencia ("Benchmark") del próximo año".

Certifico que la información y cálculos anteriores son verídicos y correctos a mi mejor entender y creencia.

_____
Firma

_____
Nombre - Por Favor. En Maquinilla

_____
Título

_____
Fecha

FORMULARIO DE INFORME PARA EL CALCULO DE LA RAZON DEL PUNTO DE REFERENCIA ("BENCHMARK")
DESDE EL COMIENZO PARA POLIZAS GRUPALES
PARA EL AÑO CIVIL_____
TIPO [1] SMSBP [2]

Para el Estado de _____ Nombre de la Compañía _____
Código Grupal NAIC _____ Código NAIC de la Compañía _____
Dirección _____ Persona que llena este Documento _____
Título _____ Número de Teléfono _____

(a)[3]	(b)[4]	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(o)[5]
Año	Prima Devengada	Factor	(b)x(c)	Razón de Pérdida Acumulada	(d)x(e)	Factor	(b)x(g)	Razón de Pérdida Acumulada	(h)x(i)	Razón de Pérdida Año Póliza
1		2.770		0.442		0.000		0.000		0.40
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		0.724		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):	

Razón de Punto de Referencia desde el Comienzo: (l + n) / (k + m): _____

---

[1] Individual, Grupal, Medicare Select Individual, o Medicare Select Grupal Solamente.

[2] "SMSBP" = Plan de Beneficio Uniforme Complementario a Medicare (Por sus siglas en inglés) - Utilice "P" para planes preestandarizados.

[3] Año 1 es el año civil a cargo - 1. Año 2 es el año civil en curso - 2 (etc.) (Ejemplo: Si el año en curso es 1991, entonces: Año 1 es 1990; Año 2 is 1989, etc.)

[4] Para el año civil en el renglón asignado en la columna (a), la prima devengada durante ese año para las pólizas emitidas en ese año.

[5] Estas razones de pérdida no se utilizan explícitamente al computar las razones de pérdida del punto de referencia ("benchmark"). Son la razones de pérdida, a base de año póliza, lo que resulta en las razones de pérdidas acumuladas que se despliegan en esta hoja de trabajo. Se presentan aquí para el propósito de proveer información solamente.

FORMULARIO DE INFORME PARA EL CALCULO DE LA RAZON DEL PUNTO DE REFERENCIA ("BENCHMARK")
DESDE EL COMIENZO PARA POLIZAS INDIVIDUALES
PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO [1] _____ SMSBP [2] _____
Para el Estado de _____ Nombre de la Compañía _____
Código Grupal NAIC _____ Código NAIC de la Compañía _____
Dirección _____ Persona que llena este Documento _____
Título _____ Número de Teléfono _____

(a)[3]	(b)[4]	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(o)[5]
Año	Prima Devengada	Factor	(b)x(c)	Razón de Pérdida Acumulada	(d)x(e)	Factor	(b)x(g)	Razón de Pérdida Acumulada	(h)x(i)	Razón de Pérdida Año Póliza
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		0.80
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		0.831		0.88
13		4.175		0.567		8.093		0.834		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):	

Razón de Punto de Referencia desde el Comienzo: (l + n) / (k + m): _____

[1] Individual, Grupal, Medicare Select Individual, o Medicare Select Grupal Solamente.
[2] "SMSBP" = Plan de Beneficio Complementario Uniforme a Medicare (Por sus siglas en inglés) - Utilice "P" para planes preestandarizados.
[3] Año 1 es el año civil a cargo - 1. Año 2 es el año civil en curso - 2 (etc.) (Ejemplo: Si el año en curso es 1991, entonces: Año 1 es 1990; Año 2 is 1989, etc.)
[4] Para el año civil en el renglón asignado en la columna (a), la prima devengada durante ese año para las pólizas emitidas en ese año.
[5] Estas razones de pérdida no se utilizan explícitamente al computar las razones de pérdida del punto de referencia ("benchmark"). Son la razones de pérdida, a base de año póliza, lo que resulta en las razones de pérdidas acumuladas que se despliegan en esta hoja de trabajo. Se presentan aquí para el propósito de proveer información solamente.

APENDICE B

FORMULARIO PARA INFORMAR
POLIZAS COMPLEMENTARIAS A MEDICARE

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Vencimiento: 1 de marzo, anualmente

El propósito de este formulario es de presentar la siguiente información sobre cada residente de Puerto Rico que tenga en vigor más de una póliza o certificado complementario a Medicare. La información será agrupada por tenedor de póliza individual.

Póliza y Certificado #	Fecha de Emisión

_____
Firma

_____
Nombre y Título (En maquinilla,por favor)

_____
Fecha

APENDICE C

DECLARACIONES DE DIVULGACION

Instrucciones para la Utilización de las Declaraciones de Divulgación para Pólizas de Seguro de Salud Vendidas a Beneficiarios de Medicare que Duplican Medicare

1. La Ley Federal, P.L. 103-432, prohibe la venta de una póliza de seguro de salud (el término póliza o pólizas incluye certificados) que duplique beneficios de Medicare a menos que pague beneficios sin tener en cuenta otra cubierta de salud e incluya la declaración de divulgación prescrita en o conjuntamente con la solicitud.

2. Todos los tipos de pólizas de seguro de salud que dupliquen Medicare incluirán en la solicitud o conjuntamente con la solicitud una de las declaraciones de divulgación anejadas, de acuerdo al tipo en particular de póliza involucrada. La declaración de divulgación no podrá variar de las declaraciones anejadas en cuanto a lenguaje o formato (tipo, tamaño, espacio proporcional de tipometría, carácter en negrilla, espacio de líneas, y utilización de encasillados en todo el texto).

3. La ley estatal y federal prohíbe a los aseguradores vender una póliza complementaria a Medicare a una persona que ya tiene una póliza complementaria a Medicare salvo como reemplazo.

4. Las pólizas de seguro de propiedad/contingencia y de vida no son consideradas seguro de salud.

5. Las pólizas de ingreso por incapacidad no se consideran que proveen beneficios que duplican Medicare.

6. La ley Federal no asegura el derecho de prioridad de leyes gubernamentales que sean más estrictas que los requisitos federales.

7. La ley federal no asegura el derecho de prioridad de los requisitos existentes de archivo de formularios del gobierno.

[Para pólizas que proveen beneficios para gastos incurridos por una lesión accidental solamente]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple las condiciones de la póliza, para gastos de hospital o médicos que sean el resultado de una lesión accidental. No paga sus deducibles o coaseguro de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando paga:

. gastos de hospital o médicos hasta el máximo establecido en la póliza

Medicare paga generalmente por la mayoría o todo estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

. hospitalización
. servicios médicos
. otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que proveen beneficios para servicios limitados determinados]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones de la póliza, para gastos relacionados a los servicios específicos enumerados en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicarre y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

. algunos de los servicios cubiertos por la póliza también están cubiertos por Medicare.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

. hospitalización
. servicios médicos
. otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que reembolsen gastos incurridos para enfermedad(es) determinadas u otro(s) daño(s) determinado(s). Esto incluye gastos incurridos por cáncer, enfermedad determinada y otros tipos de pólizas de seguro de salud que limitan el reembolso a las condiciones médicas nombradas.]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple las condiciones de la póliza, para gastos de hospital o médicos solamente cuando usted es atendido para una de las enfermedades o condiciones de salud enumeradas en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando paga:

. gastos de hospital o médicos hasta el máximo establecido en la póliza

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

. hospitalización
. servicios médicos
. hospicio
. otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que pagan cantidades fijas en dolares para enfermedades determinadas u otros daños determinados. Esto incluye cáncer, enfermedad determinada y otras pólizas de seguro de salud que pagan beneficio preestablecido o un pago especifico basado en el diagnóstico de las condiciones nombradas en la póliza.]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro paga una cantidad fija, sin importar sus gastos, si usted cumple con las condiciones de la póliza, para una de las enfermedades o condiciones de salud específicas que se mencionan en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica los beneficios de Medicare debido a que Medicare paga generalmente por la mayor parte de los gastos para el diagnóstico y tratamiento de las condiciones o diagnósticos específicos nombrados en la póliza.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que proveen beneficios para ambos gastos incurridos y a base de indemnización fija]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro paga reembolso limitado por gastos si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. También paga una cantidad fija, sin importar sus gastos, si usted cumple con otras condiciones de la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

. algunos gastos o servicios cubiertos por la póliza son también cubiertos por Medicare; o
. paga la cantidad fija en dólares establecida en la póliza y Medicare cubre el mismo evento.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

. hospitalización
. servicios médicos
. cuidado en hospicio
. otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que proveen beneficios para ambos gastos incurridos y a base de indemnización fija]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro paga reembolso limtiado por gastos si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. También paga una cantidad fija, sin importar sus gastos, si usted cumple con otras condiciones de la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

- **algunos gastos o servicios cubiertos por la póliza son también cubiertos por Medicare; o**
- **paga la cantidad fija en dólares establecida en la póliza y Medicare cubre el mismo evento.**

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- hospitalización
- servicios médicos
- cuidado en hospicio
- otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas de cuidado a largo plazo que proveen ambos, cubierta de casa de salud y no institucional]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

La ley federal nos requiere que le informemos que este seguro duplica beneficios de Medicare en algunas situaciones.

- **Esto es seguro de cuidado a largo plazo que provee beneficios para servicios cubiertos de casa de salud y de cuidado en el hogar.**
- **En algunas situaciones Medicare paga por periodos cortos de cuidado de enfermería especializada, servicios limitados de salud en el hogar y cuidado en hospicio.**
- **Este seguro no paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro suplementario a Medicare.**

Ni Medicare ni el seguro complementario a Medicare provee beneficios para la mayor parte de los gastos de cuidado a largo plazo.

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.

✓ Para más información sobre seguro de cuidado a largo plazo, revise la *Guía del Comprador para Seguro de Cuidado a Largo Plazo*, disponible a través de la compañía de seguros.

✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.

✓ Para asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que proveen beneficios de casa de salud solamente]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

La ley federal nos requiere que le informemos que este seguro duplica beneficios de Medicare en algunas situaciones.

- **Este seguro provee beneficios primordialmente para servicios cubiertos de casa de salud.**
- **En algunas situaciones Medicare paga por periodos cortos de cuidado en casa de enfermería especializada y cuidado en hospicio.**
- **Este seguro no paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.**

Ni Medicare ni el seguro complementario a Medicare provee beneficios para la mayor parte de los gastos de cuidado a largo plazo.

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre seguro de cuidado a largo plazo, revise la *Guía del Comprador para Seguro de Cuidado a Largo Plazo*, disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para pólizas que proveen beneficios de cuidado en el hogar solamente]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

La ley federal nos requiere que le informemos que este seguro duplica beneficios de Medicare en algunas situaciones.

- **Este seguro provee beneficios para servicios cubiertos de cuidado en el hogar.**
- **En algunas situaciones Medicare cubrirá algunos servicios relacionados con la salud en su hogar y cuidado en hospicio que podrían estar también cubiertos por este seguro.**
- **Este seguro no paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.**

Ni Medicare ni el seguro complementario a Medicare provee beneficios para la mayor parte de los gastos de cuidado a largo plazo.

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.

✓ Para más información sobre seguro de cuidado a largo plazo, revise la *Guía del Comprador para Seguro de Cuidado a Largo Plazo*, disponible a través de la compañía de seguros.

✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.

✓ Para asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

[Para otras pólizas de seguros de salud que no están específicamente identificadas en las declaraciones anteriores]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro Complementario a Medicare

Este seguro provee beneficios limitados si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando paga:

- **los beneficios establecidos en la póliza y se provee cubierta por Medicare para el mismo evento.**

Medicare paga generalmente por la mayor parte de todos estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- hospitalización
- servicios médicos
- cuidado en hospicio
- otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

✓ Coteje la cubierta en **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
✓ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.
✓ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.