GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
GUAYNABO PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Número: 7747
Fecha: 21 de septiembre de 2009
Aprobado: Hon. Kenneth D. McClintock
Secretario de Estado
Por: Eduardo Arosemena Muñoz
Secretario Auxiliar de Servicios

Regla L

REQUISITOS PARA EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Guaynabo Puerto Rico

Regla L

Índice

<u>Artículo 1.</u> Propósito	1
<u>Artículo 2.</u> Base legal.....	1
<u>Artículo 3.</u> Aplicabilidad y alcance	1
<u>Artículo 4.</u> Definiciones	1
<u>Artículo 5.</u> Definiciones y términos de las pólizas	5
<u>Artículo 6.</u> Disposiciones de las pólizas	6
<u>Artículo 7.</u> Normas mínimas de beneficios pre-estandarizados de Medicare para pólizas o certificados emitidos para entrega antes del 1 de julio de 1992	7
<u>Artículo 8.</u> Normas de beneficios para las pólizas o certificados de beneficios estandarizados de Medicare entregados o emitidos a partir del 1 de julio de 1992 y antes del 1 de junio de 2010	10
<u>Artículo 9.</u> Pólizas o planes de beneficios complementarios estandarizados de Medicare de 1990 emitidos para entrega a partir del 21 de septiembre de 2009 y antes del 1 de junio de 2010.....	24
<u>Artículo 10.</u> Pólizas y certificados de Medicare Select	32
<u>Artículo 11.</u> Inscripción abierta	37
<u>Artículo 12.</u> Emisión garantizada para personas elegibles.....	38
<u>Artículo 13.</u> Normas para el pago de reclamaciones.....	43
<u>Artículo 14.</u> Normas para los índices de pérdidas y el reembolso o crédito de primas	43
<u>Artículo 15.</u> Radicación y aprobación de pólizas y certificados y tarifas de primas	47
<u>Artículo 16.</u> Arreglos de compensación permitidos.....	49
<u>Artículo 17.</u> Disposiciones sobre divulgaciones requeridas	49
<u>Artículo 18.</u> Requisitos para formularios de solicitud y reemplazo de cubierta	102
<u>Artículo 19.</u> Requisitos de radicación de anuncios	108
<u>Artículo 20.</u> Normas de mercadeo	108
<u>Artículo 21.</u> Idoneidad de la compra recomendada y el seguro excesivo	109
<u>Artículo 22.</u> Informe de pólizas múltiples	109
<u>Artículo 23.</u> Prohibición contra condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación y períodos de prueba en el reemplazo de pólizas o certificados	109
<u>Artículo 24.</u> Prohibición de uso de información genética y solicitudes de pruebas genéticas.....	110
<u>Artículo 25.</u> Cláusula de salvedad.....	112
<u>Artículo 26.</u> Derogación.....	112
<u>Artículo 27.</u> Vigencia.....	112

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Guaynabo Puerto Rico

ENMIENDA AL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO

Artículo 1. Propósito.

El propósito de esta regla es sentar las pautas para la estandarización razonable y la simplificación de términos y beneficios ofrecidos por las pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare), planes de cuidado de salud y otros contratos a suscriptores; con el fin de ayudar a que el público entienda y compare dichas pólizas y contratos; eliminar de esas pólizas o contratos aquellas disposiciones que sean engañosas o que causen confusión con respecto a la compra de dichas pólizas o contratos, o con respecto a la resolución 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 2. Base Legal

En virtud de las disposiciones del Artículo 2.030(11) del Código de Seguros de Puerto Rico, por la presente informo a la industria de seguros, los consumidores de seguros y al público en general, que la Regla L del Código de Seguros de Puerto Rico ha sido enmendada como sigue:

REGLA L

REQUISITOS PARA EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Base Legal: Artículos 2.030(11), 11.110 y 11.120

Artículo 3. Aplicabilidad y Alcance

- A. Salvo que se disponga lo contrario en los Artículos 7, 13, 14, 17 y 22, esta Regla aplicará
- (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 fines 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 grupal complementaria a Medicare, el propuesto tenedor del certificado.
- B. "Quiebra" significa cuando una organización de Medicare Advantage que no es un emisor ha radicado o se ha radicado en contra de la organización, una solicitud de orden de quiebra y ha cesado sus operaciones en Puerto Rico.
- C. "Certificado" significa cualquier certificado que se haya entregado o se haya emitido para ser entregado en Puerto Rico bajo una póliza grupal complementaria a Medicare.
- D. "Formulario del Certificado" significa el formulario sobre el cual el certificado se entrega o se emite para ser entregado por el emisor.
- E. "Periodo continuo de cubierta acreditable" el periodo durante el cual una persona tenía cubierta acreditable, si la persona no tuvo una interrupción en la cubierta por más de sesenta y tres (63) días.
- F. (1) "Cubierta acreditable" significa con respecto a una persona, la cubierta de la persona provista bajo uno de los siguientes:
  - (a) Un plan médico grupal;
  - (b) Seguro médico;
  - (c) Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Medicare);
  - (d) Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que incluye únicamente los beneficios de la sección 1928;
  - (e) Capítulo 55 del Título 10 del Código de los EE.UU (CHAMPUS);
  - (f) Un programa de cuidado médico del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal;
  - (g) Un plan estatal de fondo común;
  - (h) Un plan médico ofrecido conforme al Capítulo 89 del Título 5 del Código de los EE.UU (Programa de Beneficios de salud para empleados Federales FEHBP);
  - (i) Un plan de salud pública según se define en la reglamentación

federal; y

- (j) Un plan de beneficios de salud conforme a la Sección 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz (22 U.S.C. § 2504(e)).
- (2) La “cubierta acreditable” no incluirá uno o más o una combinación de lo siguiente:
- (a) Cubierta solo de ingresos en caso de accidentes o de incapacidad o combinación de dichas cubiertas;
  - (b) Cubierta emitida como cubierta complementaria del seguro de responsabilidad pública, incluidos los seguros de responsabilidad pública general y de automóvil;
  - (c) Seguro de compensación laboral o seguro similar;
  - (d) Seguro médico por accidentes automovilísticos;
  - (e) Seguro de crédito solo;
  - (f) Cubierta para clínicas en los lugares de trabajo y
  - (g) Otro seguro parecido, según se especifica en el reglamento federal, según el cual los beneficios de cuidado médico son secundarios o incidentales a otro tipo de cubierta.
- (3) La “cubierta acreditable” no incluirá los siguientes beneficios si se proveen en una póliza, certificado o contrato por separado, o no forma una parte integrante del plan:
- (a) Beneficios limitados de cuidado de los ojos o cuidado dental;
  - (b) Beneficios de cuidado a largo plazo, cuidado en una casa de convalecencia, cuidado basado en la comunidad, o combinación de éstos; y
  - (c) Beneficios limitados parecidos según se especifica en el reglamento federal.
- (4) La “cubierta acreditable” no incluirá los siguientes beneficios si se ofrecen como beneficios independientes y no coordinados: cubierta únicamente para una enfermedad o padecimiento específico y pago de indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización fija.
- (5) La “cubierta acreditable” no incluirá lo siguiente si se ofrece como una póliza, certificado o contrato de seguros por separado:
- (a) Seguro de salud complementario de Medicare según se define en la Sección 1882(g)(1) de la Ley de Seguro Social;
  - (b) Cubierta complementaria a la cubierta provista conforme al Capítulo 55 del título 10, Código de los EE.UU (U.S.C.); y
  - (c) Cubierta complementaria similar provista en un plan médico grupal.

- G. “Plan de bienestar para empleados” significa un plan, fondo o programa de beneficios para empleados según se define en 29 U.S.C Sección 1002 (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados -ERISA).
- H. “Insolvencia” significa la condición en que los pasivos del asegurador exceden sus activos admitidos conforme a la Sección 5.010 et seq. del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec 501 et seq.
- I. "Emisor" incluye compañías de seguros, sociedades benéficas fraternales, planes de servicios de cuidado de salud, organizaciones de servicios de salud y cualquier otra entidad que entregue o emita para entregar en Puerto Rico, pólizas o certificados complementarios a Medicare.
- J. "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.
- K. “Medicare Advantage” significa un plan de cubierta médica conforme a la Parte C de Medicare, según se define en 42 USC §1395w-28(b)(1) e incluye:
- (1) Los planes de cuidado coordinado que proveen servicios de cuidado de la salud, entre otros, los planes de las organizaciones de servicios de la salud (HMO), con o sin una opción de punto de servicio, planes ofrecidos por organizaciones auspiciadas por los proveedores y planes de organizaciones de proveedores preferidos;
  - (2) Planes de ahorros médicos junto con una aportación a una cuenta de ahorros médicos Medicare Advantage; y
  - (3) Planes privados de honorarios por servicios de Medicare Advantage.
- L. "Póliza Complementaria de Medicare", significa una póliza grupal o individual de seguro de [accidente o enfermedad] o un contrato de suscriptor [de hospital y asociaciones de servicios médicos u organizaciones de servicios 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 especifica 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. La "Póliza Complementaria de Medicare" no incluye los planes de Medicare Advantage establecidos bajo Medicare Parte C o algún plan de prepago de cuidado médico (HCPP, por sus siglas en inglés) que provean beneficios conforme a la sección 1833(a)(1)(A) de la Ley de Seguro Social.
- M. “Plan preestandarizado de beneficios complementarios de Medicare”, “Plan preestandarizado de beneficios” o “Plan preestandarizado” significa una póliza complementaria de Medicare individual o grupal emitida antes del 30 de julio de 1992.

- N. “Plan estandarizado de beneficios complementarios de Medicare de 1990”, “Plan estandarizado de beneficios de 1990”, o “Plan de 1990” significa una póliza complementaria de Medicare individual o grupal emitida en o después del 30 de julio de 1992 y antes del 1 de junio de 2010 e incluye las pólizas y certificados de seguro complementario que se hayan renovado en o después de dicha fecha que se hayan reemplazado a solicitud del asegurado.
- O. “Plan estandarizado de beneficios complementarios de Medicare de 2010”, “Plan estandarizado de beneficios de 2010”, o “Plan de 2010” significa una póliza complementaria de Medicare individual o grupal emitida el 1 de junio de 2010 o posteriormente.
- P. "Formulario de Póliza" significa el formulario en que la póliza se entrega o se emite para ser entregada por el emisor.
- Q. “Secretario” significa el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos del gobierno federal de los EE.UU.

Artículo 5. Definiciones y Términos de las Pólizas

Ninguna póliza o certificado podrá anunciarse, solicitarse o emitirse para la entrega en Puerto Rico como una póliza o certificado complementario de 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 "resultados" 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, 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 a como es definida bajo 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" para fines del Artículo 14, 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.
- E. El término "hospital" se podrá definir en relación a su estado jurídico, facilidades y servicios disponibles o para reflejar su acreditación por la Comisión Conjunta de 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 sustancialmente como: "La Ley Federal sobre el Seguro de Salud para Personas de Edad Avanzada, Título 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 LXXXIX 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 del Programa Medicare" se refiere a los tipos de gastos cubiertos por las Partes A y B de 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 una 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 de 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 de 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 de Medicare, que esté en vigor en Puerto Rico, podrá incluir beneficios que dupliquen los beneficios provistos por Medicare.
- D. (1) Conforme a las disposiciones de los Artículos 7A(4), 5 y 7 y los Artículos 8A(4) y (5) de esta Regla, una póliza complementaria de Medicare con beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios suscrita antes del 1 de enero de 2006 se renovará para los tenedores de póliza que no se hayan inscrito en la Parte D, a la discreción del tenedor de póliza.
- (2) No se emitirá ninguna póliza complementaria de Medicare con beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios después del 31 de diciembre de 2005.
- (3) Después del 31 de diciembre de 2005, una póliza complementaria de Medicare con beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios no se podrá renovar después de que el tenedor de póliza se haya inscrito en la Parte D de Medicare a menos que:
- (a) Se modifique la póliza para eliminar la cubierta de medicamentos para pacientes ambulatorios para gastos incurridos en dichos medicamentos después de la fecha en que entra en vigor la cubierta del plan Parte D y
  - (b) Se ajusten las primas para reflejar la eliminación de la cubierta de medicamentos para pacientes ambulatorios al momento de la inscripción en la Parte D de Medicare, para tomar en cuenta las reclamaciones pagadas, si fuera aplicable.

Artículo 7. Normas mínimas de beneficios pre-estandarizados de Medicare para pólizas o certificados emitidos para entrega antes del 1 de julio de 1992.

No se podrá anunciar, solicitar o emitir para entrega en Puerto Rico ninguna póliza o certificado complementario de 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 de 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 de 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 de Medicare dispondrá que los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos compartidos ("cost sharing amounts"), bajo Medicare serán cambiados automáticamente para que coincidan con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad de 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 de Medicare por cualquier otra razón que no sea la falta de pago de prima o falsa representación material.
  - (b) Si una póliza grupal 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 de Medicare. El emisor ofrecerá al tenedor de certificado por lo menos, las siguientes opciones:
    - (i) una póliza individual complementaria de Medicare, ofrecida actualmente por el emisor que tenga beneficios comparables a los de la póliza grupal complementaria de Medicare terminada o
    - (ii) una póliza individual complementaria de Medicare, que provea solamente los beneficios que se exigen para cumplir con los requisitos mínimos, según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla.
  - (c) Si se cancela la membresía en un grupo, el emisor deberá:
    - (i) Ofrecer al tenedor de certificado las oportunidades de conversión según se describen en el inciso (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 grupal complementaria de Medicare por otra póliza grupal complementaria de 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 a la fecha de terminación. La cubierta bajo el nuevo contrato grupal no resultará en exclusión alguna por condiciones preexistentes que hubieran sido cubiertas bajo el contrato grupal que se reemplaza.
- (6) La terminación de una póliza o certificado complementario de 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. El recibo de beneficios de la Parte D de Medicare no se considerará al determinar la pérdida continua.
- (7) Si una póliza complementaria de Medicare elimina un beneficio de medicamentos para pacientes ambulatorios producto de algún requisito de la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA), se entenderá que la póliza modificada cumple con los requisitos de renovación garantizada de este artículo.

B. Requisitos mínimos de los beneficios.

- (1) Cubierta de gastos por hospitalización elegibles bajo la Parte A de Medicare hasta el límite no cubierto por Medicare desde el día 61 hasta el día 90 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 concentrado de glóbulos rojos, según se define bajo los reglamentos federales) a menos que sean reemplazados de acuerdo a los reglamentos

federales o pagados bajo la Parte B de Medicare.

- (6) Cubierta para la cantidad de coaseguro, o en el caso de servicios ambulatorios en un hospital pagos bajo un sistema de pagos prospectivos (PPS), la cantidad de copago de los gastos elegibles bajo la Parte B de Medicare independientemente de que se haya hospitalizado el paciente, sujeto a la cantidad máxima de desembolso personal por año natural 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 concentrado de glóbulos rojos, 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. Normas de beneficios para las pólizas o certificados de beneficios estandarizados de Medicare emitidos o entregados a partir del 1 de julio de 1992 y antes del 1 de junio de 2010

Las siguientes normas son aplicables a todas las pólizas o certificados entregados o emitidos para ser entregados en Puerto Rico a partir del 1 de julio de 1992 y antes del 1 de junio de 2010. No se podrá anunciar, solicitar, entregar o emitir ninguna póliza o certificado para entrega en Puerto Rico como una póliza o certificado complementario de Medicare a menos que cumpla con estas normas de beneficios.

- A. Requisitos Generales. Los siguientes requisitos aplican a las pólizas y certificados complementarios de Medicare además de todos los otros requisitos de esta Regla.
  - (1) Una póliza o certificado complementario de 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 de 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 de Medicare proveerá que los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos compartidos, 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 y coaseguro aplicables a Medicare. Las primas se pueden modificar para que correspondan con tales cambios.
  - (4) Ninguna póliza o certificado complementario de 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) Toda póliza complementaria de Medicare deberá ser de renovación garantizada.
- (a) El emisor no cancelará ni dejará de renovar la póliza solamente a base del estado de salud de la persona.
  - (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 significativa.
  - (c) Si una póliza grupal de seguro complementario de Medicare es terminada por el tenedor del contrato grupal y no se reemplaza según dispone 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 grupal, o
    - (ii) Provee para beneficios que de otro modo cumplan con los requisitos de esta subdivisión.
  - (d) Si un tenedor de certificado de una póliza grupal complementaria a Medicare termina la membresía en el grupo, el emisor deberá:
    - (i) Ofrecer al tenedor del certificado la oportunidad de conversión que se describe en el Artículo 8A (5)(c), o
    - (ii) A opción del tenedor de póliza grupal, ofrecer la continuación de cubierta bajo la póliza grupal al tenedor del certificado.
  - (e) Si una póliza grupal complementaria a Medicare se reemplaza por otra póliza grupal 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 grupal 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 grupal que se reemplaza.
  - (f) Si una póliza complementaria de Medicare elimina un beneficio de medicamentos para pacientes ambulatorios producto de algún requisito de la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003, MMA), se entenderá que la póliza modificada cumple con los requisitos de renovación garantizada de este artículo.

- (6) La terminación de una póliza o certificado complementario de 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 el pago de los beneficios máximos. No se tomará en consideración que la persona reciba beneficios de la Parte D de Medicare para determinar la continuidad de la pérdida.
- (7) (a) Una póliza o certificado complementario de 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 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 la persona se convierte en elegible para asistencia.
- (b) Si la suspensión ocurre y si el tenedor de póliza o de certificado pierde el derecho a la asistencia médica, la póliza o certificado será restituida automáticamente (efectivo a la fecha de terminación del derecho) a la terminación del derecho si el tenedor de póliza o certificado dispone que se notifica la pérdida del derecho dentro de noventa (90) días de la fecha de pérdida y paga la prima atribuible al período, efectivo a la fecha de terminación del derecho.
- (c) Toda póliza complementaria de Medicare dispondrá que los beneficios y primas correspondientes a la póliza se suspenderán por el periodo que se disponga en el reglamento federal a solicitud del tenedor de la póliza si éste tiene derecho a recibir beneficios conforme al Artículo 226(b) de la Ley de Seguro Social y está cubierto bajo un plan médico grupal (según se define en la sección 1862 (b)(1)(A)(v) de la Ley de Seguro Social). Si ocurre la suspensión y el tenedor de la póliza o del certificado pierde la cubierta conforme el plan médico grupal, la póliza se restituirá automáticamente (efectivo a la fecha de la pérdida de cubierta) si el tenedor de la póliza notifica la pérdida de cubierta dentro de noventa (90) días de dicha pérdida.
- (d) La restitución de cubierta según se describe en los incisos (b) y 9(c):
- (i) No tendrá 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. Si la póliza complementaria de Medicare que

se ha suspendido proveía cubierta para medicamentos para pacientes ambulatorios, en el caso de las personas con cubierta de la Parte D de Medicare, la póliza restituida no incluirá cubierta para dichos medicamentos y proveerá toda otra cubierta que estuviera en efecto antes de la suspensión; y

- (iii) Proveerá para la clasificación de primas en términos por lo menos tan favorables al tenedor de la póliza o del certificado como los términos de clasificación que se hubieran aplicado al tenedor de póliza o de certificado si la cubierta no se hubiera suspendido.
- (8) Si un asegurador hace una oferta por escrito a algún tenedor de póliza o certificado de seguro complementario de Medicare de uno o más de sus planes para cambiar en determinado periodo de tiempo su plan [1990 Estandarizado], según se describe en el Artículo 9 de esta Regla, a un plan [2010 Estandarizado], según se describe en el Artículo 9.1 de esta Regla, dicha oferta y el cambio subsiguiente cumplirán con los siguientes requisitos:
- (a) El emisor no tendrá que proveer ninguna justificación al [comisionado] si el asegurado cambia la póliza o certificado [1990 Estandarizada] por una póliza o certificado [2010 Estandarizada] basada en la edad del asegurado a la fecha de emisión, si ésta se calcula a la edad [y duración] original del asegurado. Si la póliza o certificado que se reemplazará se cotiza según una tabla de tarifas basadas en la edad del asegurado al momento de la emisión, la tarifa que se cobrará al asegurado por la póliza nueva reconocerá el valor acumulado de reserva de la póliza anterior, debido a que el cálculo basado en la edad del asegurado al momento de la emisión reconoce la acumulación de fondos (pre-funding), a beneficio del asegurado. El método que se propone usar el emisor se radicará con el Comisionado conforme al procedimiento para las radicaciones en Puerto Rico.
  - (b) La clasificación de la póliza o certificado será la más cercana a la de la cubierta que se reemplaza.
  - (c) El emisor no podrá aplicar ninguna limitación nueva con respecto a condiciones preexistentes ni un periodo nuevo de incontestabilidad a la póliza nueva con respecto a la póliza o certificado [1990 Estandarizada] del asegurado que se está reemplazando, pero podrá aplicar limitaciones con respecto a condiciones preexistentes de no más de seis (6) meses con respecto a los beneficios adicionales en la nueva póliza o certificado [2010 Estandarizada] que no existían en la póliza anterior.
  - (d) Se ofrecerá la póliza o el certificado nuevo a todos los tenedores de

póliza o tenedores de certificado de determinado plan, salvo cuando dicha oferta o emisión violaría las leyes federales o de Puerto Rico.

B. Normas para los Beneficios Básicos (Medulares) Comunes a Todos los Planes de Beneficios A hasta J.

Todo emisor hará accesible a cada asegurado prospectivo una póliza o certificado que incluya solamente el siguiente paquete básico de beneficios. El emisor podrá ofrecer cualquiera de los otros Planes de Beneficios de Seguro Complementario de Medicare además del paquete básico, 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 día 61 hasta el día 90 de 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 de Medicare para pacientes recluidos;
- (3) Al agotarse la cubierta de Medicare del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicia, cubierta del 100% de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A de Medicare, pagados a la tarifa aplicable bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) u otra norma de pago de Medicare, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales. El proveedor aceptará el pago del asegurador como el pago total y no podrá facturar al asegurado por ninguna cantidad adicional;
- (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 concentrado de glóbulos rojos, según definida bajo reglamentos federales) a menos que se reemplacen de acuerdo al reglamento federal;
- (5) Cubierta por la cantidad de coaseguro (o copago en el caso de servicios ambulatorios de un hospital pagados bajo un sistema de pago prospectivo (PPS), el copago) para los Gastos Elegibles de Medicare Parte B independientemente de que se hospitalice o no la persona, sujeta al deducible de la Parte B de Medicare.

C. Normas para Beneficios Adicionales. Los siguientes beneficios adicionales se incluirán 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 determinado período de beneficio.
- (2) Cuidado en una Facilidad de Enfermería Especializada: Cubierta por los costos reales facturados hasta la cantidad de coaseguro desde el día 21 hasta el día 100 en un período de beneficio de Medicare para cuidado en una facilidad de enfermería especializada post hospitalización 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 natural 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 ninguna 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 ninguna 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 Ambulatorio: Cubierta por el cincuenta por ciento (50%) de los cargos de medicinas recetadas al paciente ambulatorio, después de un deducible por año natural de \$250, hasta un máximo de \$1,250 en beneficios recibidos por el asegurado por año natural, hasta el límite no cubierto por Medicare. El beneficio de medicinas recetadas se podrá ofrecer para la venta o emisión de una póliza complementaria de Medicare hasta el 1 de enero de 2006.
- (7) Beneficio Extendido de Medicinas Recetadas al Paciente Ambulatorio: Cubierta por el cincuenta por ciento (50%) de los cargos de medicinas recetadas al paciente ambulatorio, después de un deducible por año natural de doscientos cincuenta dólares (\$250) hasta un máximo de \$3,000 en beneficios recibidos por el asegurado por año natural, hasta el límite no cubierto por Medicare.
- (8) Cuidado de Emergencia en un País Extranjero: Cubierta hasta el límite no cubierto por Medicare por el ochenta por ciento (80%) de los cargos facturados por gastos elegibles bajo Medicare para el cuidado de emergencia medicamente necesario en un hospital, de un médico y otra atención médica recibidos en un país extranjero, que hubiese sido cubierto por Medicare si se hubiese provisto en los Estados Unidos y que haya comenzado durante los primeros sesenta (60) días consecutivos de cada viaje fuera de los Estados Unidos, sujeto a un deducible por año natural de \$250 y un beneficio máximo vitalicio de \$50,000. Para fines de este beneficio, "cuidado de emergencia" significará cuidado que se necesita de inmediato debido a una lesión o enfermedad surgida súbita e inesperadamente.
- (9) (a) Beneficio de Cuidado Médico Preventivo: Cubierta para los siguientes servicios de salud preventivos no Cubiertos por Medicare:
  - (i) Un historial médico preventivo clínico y examen físico

anuales que podrían incluir pruebas y servicios del inciso (b) y educación al paciente para dirigirse a las medidas preventivas de cuidado de salud.

- (ii) Pruebas preventivas de detección o servicios preventivos o combinación de éstas, cuya frecuencia se considera médicamente apropiada
- (b) 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 fines 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, andar, asistencia con medicamentos que son normalmente auto-administrados, y cambio de vendajes o 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 cuatro (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 por Medicare un plan de tratamiento de cuidado en el hogar.

(iii) La cubierta se limita a:

(I) No más del número y tipo de visitas de recuperación en el hogar certificadas como necesarias por el médico de cabecera del asegurado. El número total de visitas de recuperación en el hogar no excederá el número de visitas de cuidado médico en el hogar aprobado 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 natural.

(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.

D. Normas para los Planes K y L.

- (1) El plan "K" de beneficios complementarios estandarizados de Medicare incluirá lo siguiente:
  - (a) Cubierta del cien por ciento (100%) de la cantidad de coaseguro de hospitalización de la Parte A para cada día usado desde el día 61 hasta el día 90 inclusive en determinado periodo de beneficios de Medicare;
  - (b) Cubierta del cien por ciento (100%) de la cantidad de coaseguro de hospitalización de la Parte A para cada día de la reserva vitalicia para pacientes hospitalizados usado desde el día 91 hasta el día 150 inclusive en determinado periodo de beneficios de Medicare;
  - (c) Al agotarse la cubierta de Medicare del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicia, cubierta del 100% de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A de Medicare, pagados a la tarifa aplicable bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) u otra norma de pago de Medicare, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales. El proveedor aceptará el pago del asegurador como el pago total y no podrá facturar al asegurado por ninguna cantidad adicional;
  - (d) Deducible de la Parte A de Medicare: Cubierta del cincuenta por ciento (50%) del deducible de hospitalización bajo la Parte A de Medicare por periodo de beneficios hasta alcanzar la limitación de desembolso personal según se describe en el inciso (j);
  - (e) Cuidado en una Facilidad de Enfermería Especializada: Cubierta del cincuenta por ciento (50%) del coaseguro para cada día usado desde el día 21 hasta el día 100 inclusive en un periodo determinado de beneficios de Medicare de cuidado post-hospitalización en una Facilidad de Enfermería hasta alcanzar la limitación de desembolso personal según se describe en Inciso (j);
  - (f) Cuidado de Hospicio: Cubierta para el cincuenta por ciento (50%) de los costos compartidos para todos los gastos elegibles de Medicare Parte A y cuidado de respiración hasta alcanzar la limitación de desembolso personal según se describe en el Inciso (j);
  - (g) Cubierta del cincuenta por ciento (50%), bajo Medicare Parte A o B, del costo razonable de las primeras tres (3) pintas de sangre (o las cantidades equivalentes de concentrado de glóbulos rojos, según se define bajo los reglamentos federales), a menos que se

reemplacen de acuerdo a los reglamentos federales hasta alcanzar la limitación de desembolso personal según se describe en Inciso (j);

- (h) Salvo por la cubierta que se dispone en el Inciso (i) a continuación, cubierta del cincuenta por ciento (50%) de los costos compartidos que de otra manera serían aplicables bajo la Parte B de Medicare luego de que el asegurado pague el deducible de la Parte B hasta alcanzar el límite de desembolso personal según se describe en el Inciso (j) a continuación;
  - (i) Cubierta del cien por ciento (100%) de los costos compartidos para los servicios preventivos bajo la Parte B de Medicare luego de que el tenedor de póliza pague el deducible correspondiente a la Parte B; y
  - (j) Cubierta del cien por ciento (100%) de todo el costo compartido bajo las Partes A y B de para el balance del año natural luego de que la persona alcance el límite anual del desembolso personal bajo las Partes A y B de Medicare de \$4,000 en el 2006, ajustado anualmente según el índice de inflación especificado por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal.
- (2) El plan "L" de beneficios complementarios estandarizados de Medicare incluirá lo siguiente:
- (a) Los beneficios descrito en los Incisos (1)(a), (b), (c) y (i);
  - (b) El beneficio descrito en los Incisos (1)(d), (e), (f), (g) y (h), pero indicando setenta y cinco por ciento (75%) en vez de cincuenta por ciento (50 %) y
  - (c) El beneficio descrito en el Inciso (1)(j), pero en vez de \$2,000, \$4,000.

Artículo 8.1. Normas de Beneficios para Pólizas o Certificados del Plan de Beneficios Estandarizados Complementario de Medicare de 2010 Emitido para Entrega a partir del 1 de junio de 2010

Las siguientes normas son aplicables a toda pólizas o certificado Complementario de Medicare que se entregue o se emita para entrega en Puerto Rico a partir del 1 de junio de 2010. Ninguna póliza o certificado se podrá anunciar, solicitar, entregar o emitir para entrega en Puerto Rico como una póliza o certificado complementario de Medicare a menos que cumpla con estas normas de beneficios. Ningún emisor podrá ofrecer a la venta el [Plan de Beneficios Estandarizados Complementario de Medicare de 1990] a partir del 1 de junio de 2010. Las normas de beneficios aplicables a las pólizas y certificados complementarios de Medicare emitidos antes del 1 de junio de 2010 todavía estarán sujetas a los requisitos de las normas de beneficios para las Pólizas o Certificados de Beneficios Estandarizados Complementario de Medicare del 30 de julio de 1992.

- A. Requisitos Generales. Los siguientes requisitos aplican a las pólizas y certificados complementarios de Medicare además de todos los otros requisitos de esta Regla.
- (1) Una póliza o certificado complementario de 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 de 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 de Medicare proveerá que los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos compartidos 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 se pueden modificar para que correspondan con tales cambios.
  - (4) Ninguna póliza o certificado complementario de 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 de Medicare deberá ser de renovación garantizada.
    - (a) El emisor no cancelará ni dejará de renovar la póliza solamente a base del estado de salud de la persona.
    - (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 significativa.
    - (c) Si una póliza grupal de seguro complementario de Medicare es terminada por el tenedor del contrato grupal y no se reemplaza según dispone el Artículo 8A(5)(e), el emisor ofrecerá a los tenedores de certificados una póliza individual complementaria de Medicare la cual (a opción del tenedor del certificado):
      - (iii) Provee para la continuación de los beneficios que contiene la póliza grupal, o
      - (iv) Provee para beneficios que de otro modo cumplan con los requisitos de esta subdivisión.
    - (d) Si un tenedor de certificado de una póliza grupal complementaria a Medicare termina la membresía en el grupo, el emisor deberá:

- (iii) Ofrecer al tenedor de certificado la oportunidad de conversión que se describe en el Artículo 8A (5)(c), o
  - (iv) A opción del tenedor de póliza grupal, ofrecer la continuación de cubierta bajo la póliza grupal al tenedor de certificado.
- (e) Si una póliza grupal complementaria a Medicare se reemplaza por otra póliza grupal 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 grupal 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 grupal que se reemplaza.
- (6) La terminación de una póliza o certificado complementario de 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. No se tomará en consideración que la persona reciba beneficios de la Parte D de para determinar la continuidad de la pérdida.
- (7) (a) Una póliza o certificado complementario de 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 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 la persona se convierte en elegible para asistencia.
- (b) Si ocurre la suspensión y si el tenedor de póliza o de certificado pierde el derecho a la asistencia médica, la póliza o certificado será restituida automáticamente (efectivo a la fecha de terminación del derecho) a la terminación del derecho si el tenedor de póliza o certificado notifica la pérdida del derecho dentro de noventa (90) días de la fecha de pérdida y paga la prima atribuible al período, efectivo a la fecha de terminación del derecho.
- (c) Toda póliza complementaria de Medicare dispondrá que los beneficios y primas de la póliza se suspenderán (por el periodo que se disponga en el reglamento federal) a solicitud del tenedor de póliza si el tenedor de póliza tiene derecho a beneficios bajo la Sección 226 (b) de la Ley de Seguro Social y está cubierto por un plan médico grupal (según se define en la Sección 1862

(b)(1)(A)(v) de la Ley de Seguro Social). Si ocurre la suspensión y si el tenedor de póliza o de certificado pierde cubierta bajo el plan médico grupal, se restituirá la póliza automáticamente (efectivo a la fecha de la pérdida de la cubierta) si el tenedor de póliza notifica la pérdida de cubierta dentro de los noventa (90) días de la fecha de dicha pérdida.

- (d) La restitución de cubierta según se describe en los incisos (b) y (c):
- (i) No tendrá ningún período de espera con respecto al 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 la póliza o del certificado como los términos de clasificación que se hubieran aplicado al tenedor de póliza o de certificado si la cubierta no se hubiera suspendido.

B. Normas para Beneficios Básicos (Medulares) Comunes entre Planes Complementarios de Medicare A, B, C, D, E, F con Deducible Alto, G, M y N. Todo emisor de planes complementarios de Medicare deberá ofrecer una póliza o certificado que incluya solamente los siguientes beneficios básicos "medulares" al asegurado prospectivo. El emisor podrá ofrecer al asegurado prospectivo cualquier otro plan complementario de Medicare además del plan de beneficios básicos, pero no como sustituto de éste.

- (1) Cubierta de la Parte A de los Gastos Elegibles de Medicare para hospitalización hasta el límite no cubierto por Medicare desde el día 61 hasta el día 90 de 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 de Medicare para pacientes reclusos;
- (3) Al agotarse la cubierta de Medicare del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicia, cubierta del 100% de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A de Medicare, pagados a la tarifa aplicable bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) u otra norma de pago de Medicare, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales. El proveedor aceptará el pago del asegurador como el pago total y no podrá facturar al asegurado por ninguna cantidad adicional;
- (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 concentrado de glóbulos rojos, según definida bajo reglamentos federales) a menos que se reemplacen de acuerdo al reglamento federal;
- (5) Cubierta por la cantidad de coaseguro (o en el caso de servicios ambulatorios de un hospital pagados bajo un sistema de pago prospectivo

(PPS), el copago) para los Gastos Elegibles de Medicare Parte B independientemente de que se hospitalice o no la persona, sujeta al deducible de la Parte B de Medicare;

- (6) Cuidado de hospicio: Cubierta de costos compartidos para gastos de cuidado de hospicio y cuidado de respiro (“respite”) elegibles bajo la Parte A de Medicare.

C. Normas para Beneficios Adicionales. Los siguientes beneficios se incluirán en los Planes B, C, D y F complementarios de Medicare, con deducible alto, G, M y N según se dispone en el Artículo 9.1 de esta Regla.

- (1) Deducible de la Parte A de Medicare: Cubierta para el cien por ciento (100%) de la cantidad de deducible para pacientes hospitalizados bajo la Parte A de Medicare por determinado período de beneficio.
- (2) Deducible de la Parte A de Medicare: Cubierta de un cincuenta por ciento (50%) de la cantidad de deducible para pacientes hospitalizados bajo la Parte A de Medicare por determinado período de beneficio.
- (3) Cuidado en una Facilidad de Enfermería Especializada: Cubierta por los costos reales facturados hasta la cantidad de coaseguro desde el día 21 hasta el día 100 en un período de beneficio de Medicare para cuidado en una facilidad de enfermería especializada post hospitalización elegible bajo la Parte A de Medicare.
- (4) Deducible de la Parte B de Medicare: Cubierta del cien por ciento (100%) de la cantidad deducible de la Parte B de Medicare por año natural independientemente de la hospitalización.
- (5) Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B de Medicare: Cubierta de la totalidad de la diferencia entre los cargos reales facturados bajo la Parte B de Medicare, que no exceda ninguna limitación establecida por el programa de Medicare o las leyes de Puerto Rico y el cargo aprobado bajo la Parte B de Medicare.
- (6) Cuidado de Emergencia Medicamento Necesario en un País Extranjero: Cubierta hasta el límite no cubierto por Medicare por el ochenta por ciento (80%) de los cargos facturados por gastos elegibles bajo Medicare para el cuidado de emergencia medicamento necesario en un hospital, de un médico y otra atención médica recibidos en un país extranjero, que hubiese sido cubierto por Medicare si se hubiese provisto en los Estados Unidos y que haya comenzado durante los primeros sesenta (60) días consecutivos de cada viaje fuera de los Estados Unidos, sujeto a un deducible por año natural de \$250 y un beneficio máximo vitalicio de \$50,000. Para fines de este beneficio, "cuidado de emergencia" significará cuidado que se necesita de inmediato debido a una lesión o enfermedad surgida súbita e inesperadamente.

Artículo 9. Planes estandarizados complementarios de Medicare de 1990 para pólizas o certificados emitidos para entrega a partir del 21 de septiembre de 2009 y antes del 1 de junio de 2010

- A. El emisor ofrecerá a cada posible tenedor de póliza y de certificado, un formulario de póliza o formulario de certificado que contenga solamente los beneficios básicos medulares, según se define en el Artículo 8B de esta Regla.
- B. Ningún grupo, paquete o combinación de beneficios complementarios de 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 9G 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 estandarizado de beneficios "A" hasta "L" 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, 8C y 8D y los beneficios enumerados en el orden que se muestran en este subartículo. Para fines de este artículo, "estructura, lenguaje y formato" significan el estilo, el orden y el contenido completo de un beneficio.
- D. El emisor podrá usar, además de las designaciones de planes de beneficios que se requieren en el subartículo C, otras designaciones como se permita por ley.
- E. Composición de los Planes de Beneficios:
  - (1) El plan estandarizado "A" de beneficios complementarios de Medicare se limitará a los beneficios básicos (medulares) comunes a todos los planes de beneficios, según se define en el Artículo 8B de esta Regla.
  - (2) El plan estandarizado "B" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular 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 estandarizado "C" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular 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 de Medicare y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3) y (8), respectivamente.
  - (4) El plan estandarizado "D" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular (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 estandarizado "E" de beneficios complementarios de Medicare

incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular 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 estandarizado "F" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular 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, según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3), (5) y (8), respectivamente.
- (7) El plan estandarizado "F" de beneficios complementarios a Medicare de deducible alto incluirá solamente lo siguiente: El 100% de los gastos cubiertos después del pago anual del deducible alto del plan F. Los gastos cubiertos incluyen el beneficio medular 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 de Medicare, el cien por ciento (100%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero, según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3), (5) y (8), respectivamente. El deducible anual del Plan estandarizado "F" de beneficios complementarios de Medicare de deducible alto consistirá en el desembolso personal por concepto de los servicios cubiertos por la póliza del Plan F, aparte de las primas, además de otros deducibles específicos. El deducible anual del plan F de deducible alto será de \$1500 para el 1998 y el 1999 y se basará en el año natural. El Secretario ajustará el deducible cada año subsiguiente para reflejar el Índice de Precios del Consumidor para los consumidores urbanos durante el periodo de doce meses que termina en agosto del año precedente redondeado al múltiplo de \$10 más cercano.
- (8) El plan estandarizado "G" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio medular 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 país extranjero, y el beneficio de recuperación en el hogar según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (4), (8) y (10), respectivamente.
- (9) El plan estandarizado "H" de beneficios complementarios de Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio medular 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.

- (10) El plan estandarizado "I" del beneficios complementarios de Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio medular 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. Toda póliza complementaria de Medicare que se venda después del 31 de diciembre de 2005 incluirá el beneficio de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.(11) El plan estandarizado "J" de beneficios complementarios a Medicare consistirá solamente de lo siguiente: El beneficio medular 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. Toda póliza complementaria de Medicare que se venda después del 31 de diciembre de 2005 incluirá el beneficio de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.
- (12) El plan estandarizado "J" de beneficios complementarios de Medicare de deducible alto incluirá solamente lo siguiente: El 100% de los gastos cubiertos después del pago anual del deducible alto conforme al Plan J. Los gastos cubiertos incluyen el beneficio medular 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, el cien por ciento (100%) de los cargos en exceso bajo la Parte B de Medicare, beneficio extendido de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero, cuidado médico preventivo y cuidado de recuperación en el hogar, según se definen en los Artículos 8C(1), (2), (3), (5), (7), (8), (9) y (10), respectivamente. El deducible del plan estandarizado "J" de beneficios complementarios de Medicare de deducible alto consistirá en el desembolso personal por concepto de los servicios cubiertos por la póliza del Plan J, aparte de las primas, además de otros deducibles específicos. El deducible anual será de \$1500 para el 1998 y el 1999 y se basará en el año natural. El Secretario ajustará el deducible cada año subsiguiente para reflejar el Índice de Precios del Consumidor para los consumidores urbanos durante el periodo de doce meses que termina en agosto del año precedente redondeado al múltiplo

de \$10 más cercano. Toda póliza complementaria de Medicare que se venda después del 31 de diciembre de 2005 incluirá el beneficio de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.

- F. Composición de dos planes complementarios de Medicare dispuestos en la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA):
- (1) El plan estandarizado "K" complementario de Medicare solamente incluirá los beneficios descritos en la Sección 8 D(1).
  - (2) El plan estandarizado "L" complementario de Medicare solamente incluirá los beneficios descritos en la Sección 8 D(2)
- G. 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 las normas aplicables. Los beneficios nuevos o innovadores podrán incluir beneficios que sean apropiados al seguro complementario de Medicare, que de otro modo no estén disponibles y que se ofrezcan a tono con la meta de simplificación de pólizas complementarias de Medicare, a la vez que sean costo-efectivos. Después del 31 de diciembre de 2005 el beneficio innovador no incluirá el beneficio de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.

Artículo 9.1. Planes estandarizados complementarios de Medicare de 2010 para pólizas o certificados emitidos para entrega a partir del 1 de junio de 2010

Las siguientes normas son aplicables a toda póliza o certificado complementario de Medicare que se entrega o se emite para entrega en Puerto Rico a partir del 1 de junio de 2010. No se podrá anunciar, solicitar o emitir para entrega en Puerto Rico ninguna póliza o certificado complementario de Medicare que no cumpla con estas normas. Las normas aplicables a las pólizas y certificados de planes complementarios de Medicare emitidos antes del 1 de junio de 2010 seguirán siendo las normas para los certificados y pólizas de los planes estandarizados de Medicare del 30 de julio de 1992.

- A. (1) El emisor entregará a todo tenedor prospectivo de póliza o de certificado un formulario de póliza o certificado que contenga únicamente los beneficios básicos (medulares), según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla.
- (2) Si el emisor ofrece algunos de los beneficios adicionales descritos en el Artículo 8.1C, u ofrece los Planes estandarizados K o L (según se describe en las Artículos 9.1E(8) y (9) de esta Regla), el emisor entregará al tenedor prospectivo de la póliza o del certificado un formulario de póliza o certificado que contenga el Plan estandarizado C (según se describe en Artículo 9.1E(3) de esta Regla) o el Plan

estandarizado F (según se describe en el Artículo 9.1E(5) de esta Regla, además del formulario de póliza o certificado que solo contiene los beneficios básicos (medulares) según se describe en el anterior subartículo A(1).

- B. Ningún grupo, paquete o combinación de beneficios complementarios de 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 9.1F y el Artículo 10 de esta Regla.
- C. Los planes de beneficios deberán ser uniformes en estructura, lenguaje, designación y formato con los planes estandarizados 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 8.1B y 8.1C de esta Regla o en el caso de los planes K o L, los Artículos 9.1E(8) o (9) de esta Regla y los beneficios enumerados en el orden que se muestran en este subartículo. Para fines de este Artículo, "estructura, lenguaje y formato" significan estilo, orden y el contenido completo de un beneficio
- D. El emisor podrá usar, además de las designaciones de planes de beneficios que se requieren en el subartículo C, otras designaciones como se permita por ley.
- E. Composición de los Planes Estandarizados de 2010:
  - (1) El plan estandarizado "A" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla.
  - (2) El plan estandarizado "B" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en la Artículo 8.1B de esta Regla, más cien por ciento (100%) del deducible de la parte A de Medicare según se define en el Artículo 8.1C(1) de esta Regla.
  - (3) El plan estandarizado "C" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla, más cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el cien por ciento (100%) del deducible de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en la Artículos 8.1C(1), (3), (4) y (6) de esta Regla, respectivamente.
  - (4) El plan estandarizado "D" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) (según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla), más cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en la Artículos 8.1C(1), (3) y (6) de esta Regla, respectivamente.

- (5) El plan estandarizado "F" [regular] de beneficios complementarios de Medicare solo incluirá lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla, más cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el cien por ciento (100%) del deducible de la Parte B de Medicare, el cien por ciento (100%) de los cargos de exceso de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en la Artículos 8.1C(1), (3), (4), (5) y (6), respectivamente.
- (6) El plan estandarizado "F" complementario de Medicare con deducible alto incluirá solo lo siguiente: El cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos luego del pago del deducible anual según se dispone en el inciso (b).
  - (a) El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de este Artículo más el cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el cien por ciento (100%) del deducible de la Parte B de Medicare, el cien por ciento(100%) de los cargos por exceso de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en los Artículos 8.1C(1), (3), (4), (5) y (6) de esta Regla, respectivamente.
  - (b) El deducible anual del plan estandarizado "F" complementario de Medicare con deducible alto consistirá en el desembolso personal ("out of pocket expenses"), que no sea por primas, por servicios cubiertos por la póliza del Plan F [regular], además de otros deducibles específicos para los servicios cubiertos. El deducible anual básico del plan F de deducible alto será \$1500. Desde el 1999 el Secretario del Departamento federal de Salud y Servicios Humanos ajustará el deducible cada año subsiguiente para reflejar el Índice de Precios del Consumidor para los consumidores urbanos durante el periodo de doce meses que termina en agosto del año precedente redondeado al múltiplo de \$10 más cercano.
- (7) El plan estandarizado "G" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla, más el cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada, el cien por ciento (100%) de los gastos en exceso de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en la Artículos 8.1C(1), (3), (5) y (6), respectivamente.
- (8) El plan estandarizado "K" de beneficios complementarios de Medicare se dispone en la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA) e incluirá solo lo siguiente:
  - (a) Coaseguro de Hospitalización Parte A desde el día 61 al día 90 inclusive: Cubierta del cien por ciento (100%) del coaseguro de

hospitalización Parte A para cada día usado desde el día 61 hasta el día 90 inclusive, para determinado periodo de beneficios de Medicare;

- (b) Coaseguro de Hospitalización Parte A desde el día 91 al día 150 inclusive: Cubierta del cien por ciento (100%) del coaseguro de hospitalización Parte A para cada día de la reserva vitalicia de Medicare de días de hospitalización usada desde el día 91 hasta el día 150 de determinado periodo de beneficios de Medicare;
- (c) Hospitalización Parte A Después de 150 Días: Al agotarse la cubierta de Medicare del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicia, cubierta del 100% de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A de Medicare, pagados a la tarifa aplicable bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) u otra norma de pago de Medicare correspondiente, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales. El proveedor aceptará el pago del asegurador como el pago total y no podrá facturar al asegurado por ninguna cantidad adicional
- (d) Deducible de la Parte A de Medicare: Cubierta del cincuenta por ciento (50%) del deducible de la Parte A de Medicare para hospitalización en el periodo determinado de beneficios hasta alcanzar el límite de de desembolso personal según se describe en Inciso (j);
- (e) Cuidado en una facilidad de enfermería especializada: Cubierta del cincuenta por ciento (50%) del coaseguro para cada día usado desde el día 21 hasta el día 100 inclusive en un periodo de beneficios de Medicare por el cuidado post-hospitalización en una facilidad de enfermería especializada elegible bajo la Parte A de Medicare hasta alcanzar el límite de desembolso personal según se describe en el Inciso (j);
- (f) Cuidado de hospicio: Cubierta del cincuenta por ciento (50%) de los costos compartidos para todos los gastos elegibles de la Parte A de Medicare y cuidado de respiración hasta alcanzar el límite de desembolso personal según se describe en Inciso (j);
- (g) Sangre: Cubierta del cincuenta por ciento (50%), bajo la Parte A o B de Medicare, del costo razonable de las primeras tres (3) pintas de sangre (o cantidades equivalentes de concentrado de glóbulos rojos, según definida bajo reglamentos federales) a menos que se reemplacen de acuerdo al reglamento federal hasta alcanzar el límite de desembolso personal según se describe en Inciso (j);
- (h) Costos compartidos de la Parte B: Excepto por la cubierta que se dispone en el inciso (i), cubierta del cincuenta por ciento (50%) de los costos compartidos que de otro modo serían aplicables bajo la Parte B de Medicare después de que el tenedor de póliza pague el

deducible de la Parte B hasta alcanzar el límite de desembolso personal según se describe en Inciso (j);

- (i) Servicios preventivos de la Parte B: Cubierta del cien por ciento (100%) de los costos compartidos para servicios preventivos de la Parte B de Medicare después de que el tenedor de póliza pague el deducible de la Parte B; y
  - (j) Costos compartidos después de alcanzar los límites del desembolso personal: Cubierta del cien por ciento (100%) de todos los costos compartidos bajo las Partes A y B de Medicare para el resto del año natural después de que la persona haya alcanzado la limitación de desembolso personal bajo las Partes A y B de Medicare Partes de \$4,000 en 2006, ajustado todos los años por el índice de inflación especificado por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal.
- (9) El plan estandarizado "L" de beneficios complementarios de Medicare se dispone en la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA) e incluirá solo lo siguiente:
- (a) Los beneficios descritos en los incisos 9.1E(8)(a), (b), (c) e (i);
  - (b) El beneficio descrito en los incisos 9.1E(8)(d), (e), (f), (g) y (h), pero en vez del setenta y cinco por ciento (75%), el cincuenta por ciento (50%) y
  - (c) El beneficio descrito en Inciso 9.1E(8)(j), pero en vez de \$2,000, \$4,000.
- (10) El plan estandarizado "M" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla, más el cincuenta por ciento (50%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en las Artículos 8.1C(2), (3) y (6) de esta Regla, respectivamente.
- (11) El plan estandarizado "N" de beneficios complementarios de Medicare incluirá solo lo siguiente: El beneficio básico (medular) según se define en el Artículo 8.1B de esta Regla, más cien por ciento (100%) del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en una facilidad de enfermería especializada y cuidado de emergencia médicamente necesario en un país extranjero según se define en los Artículos 8.1C(1), (3) y (6) de esta Regla, respectivamente, con los siguientes copagos:
- (a) La cantidad menor entre veinte dólares (\$20) o el coaseguro o copago de la Parte B de Medicare para cada visita en la oficina de un proveedor (incluidas las visitas a los especialistas médicos); y
  - (b) La cantidad menor entre cincuenta dólares (\$50) o el coaseguro o

copago de la Parte B de Medicare para cada visita a la sala de emergencia, salvo que este copago se obviar si se admite al hospital y la visita de emergencia se cubre posteriormente como gasto de la parte A de Medicare.

- F. Beneficios Nuevos o Innovadores: Un emisor podr, con la aprobacin previa del Comisionado, ofrecer plizas o certificados con beneficios nuevos o innovadores en adicin a los beneficios estandarizados que se proveen en una pliza o certificado que de otro modo cumple con las normas aplicables. Los beneficios nuevos o innovadores incluirn solamente beneficios que sean apropiados al seguro complementario de Medicare, sean nuevos o innovadores, no estn disponibles de otro modo y sean costo-efectivos. La aprobacin de los beneficios nuevos o innovadores no debe tener un impacto adverso en la meta de simplificacin de los planes complementarios de Medicare. Los beneficios nuevos o innovadores no incluirn el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios ni se usarn para cambiar o reducir los beneficios, lo cual incluye cambios a las disposiciones de costos compartidos de los planes estandarizados.

Artculo 10. Plizas y Certificados de Medicare Select

- A. (1) Este artculo aplicar a plizas y certificados de Medicare Select segn se define en este artculo.
- (2) No se podr anunciar ninguna pliza o certificado como una pliza o certificado de Medicare Select a menos que el mismo cumpla con los requisitos de este Artculo.
- B. Para fines de este Artculo:
- (1) "Querella" significa cualquier insatisfaccin expresada por una persona con respecto a un emisor o red de proveedores de Medicare Select.
- (2) "Queja" significa una insatisfaccin expresada por escrito por un asegurado bajo una pliza o certificado de Medicare Select con la administracin, prcticas 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 pliza o certificado de Medicare Select.
- (4) "Pliza de Medicare Select" o "certificado de Medicare Select" significan respectivamente una pliza o certificado complementario a Medicare que contiene disposiciones de red restringida.
- (5) "Red de Proveedores" significa un proveedor de cuidado de la salud, o un grupo de proveedores de cuidado de la salud, que han entrado en un convenio por escrito con el emisor para proveer beneficios asegurados bajo una pliza de Medicare Select.

- (6) "Disposición de red restringida" significa cualquier disposición que condicione el pago de beneficios, total o parcial, en el uso de la red de proveedores.
  - (7) "Área 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 Reconciliación 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 operaciones haya sido aprobado por el Comisionado.
- E. Un emisor de Medicare Select radicará una propuesta de plan de operaciones al Comisionado en un formato prescrito por el Comisionado. El plan de operaciones 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 operaciones y en horas posteriores. Las horas de operaciones 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;
      - (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) El 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 la red de proveedores

que prohíben a los proveedores a facturar o de otro modo procurar el reembolso contra cualquier asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select. Este inciso 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 quejas a ser utilizado.
  - (4) Una descripción del programa 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) El emisor de Medicare Select radicará ante el Comisionado cualquier cambio al plan de operaciones 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. La póliza o el 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 la red de proveedores.
- H. La póliza o el certificado de Medicare Select contemplará el pago de la cubierta completa bajo la póliza por los servicios cubiertos que no estén disponibles a través de la red de proveedores.
- I. El emisor de Medicare Select deberá hacer un desglose por escrito completo y justo de las disposiciones, restricciones y limitaciones de la póliza o el certificado de Medicare Select a cada solicitante. Este desglose deberá incluir por 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 emisor 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. Salvo como se dispone en la póliza o el certificado, los gastos incurridos al usar proveedores fuera de la red no contarán para el límite del desembolso personal indicado en los planes K y L.
  - (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 de Medicare que de otro modo ofrezca al emisor.
  - (7) Una descripción del programa de calidad y el procedimiento de quejas del emisor de Medicare Select.
- J. Previo a la venta de una póliza o un certificado de Medicare Select, el emisor 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. El emisor de Medicare Select deberá tener y utilizar los procedimientos para vistas de querellas y solución de quejas escritas de los suscriptores. Los procedimientos deberán ser dirigidos al mutuo acuerdo para llegar a un arreglo y podrá incluir procedimientos de arbitraje.
- (1) El procedimiento 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 por las personas designadas para tomar decisiones, quienes

tienen autoridad de investigar el asunto plenamente y tomar medidas correctivas.

- (4) Si se determina que la queja es válida, se tomarán las medidas correctivas prontamente.
- (5) Se notificarán a todas las partes interesadas sobre los resultados de la queja.
- (6) El emisor deberá informar al Comisionado no más tarde de cada 31 de marzo, lo concerniente a su procedimiento 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 de Medicare que de otro modo sea ofrecida por el emisor.

M. (1) A petición de un asegurado bajo una póliza o certificado de Medicare Select, el emisor de Medicare Select deberá proveer al asegurado la oportunidad de adquirir una póliza o un certificado complementario de 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 de que la póliza o certificado de Medicare Select haya estado en vigor por seis (6) meses.

(2) Para fines de este subartículo, una póliza o certificado complementario de 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 fines de este inciso, 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 de que el Secretario de Salud y Servicios Humanos determine que las pólizas y certificados de Medicare Select emitidos de acuerdo a este Artículo deben ser discontinuados debido a que el Programa Medicare Select no se renovó o se enmendó de manera significativa.

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

- (2) Para fines de este subartículo, una póliza o certificado complementario de 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 fines de este inciso, un beneficio significativo quiere decir cubierta para el deducible de la Parte A de Medicare, cubierta para servicios de recuperación en el hogar o cubierta para los cargos en exceso bajo la Parte B.
- O. Los emisores de Medicare Select deberán cumplir con los requisitos razonables de información de las agencias estatales o federales, inclusive el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, para el propósito de evaluar el Programa de Medicare Select.

Artículo 11. Inscripción Abierta

- A. Ningún emisor negará ni condicionará la emisión o efectividad de una póliza o certificado complementario de Medicare disponible para la venta en Puerto Rico, ni discriminará en la fijación de precios de dicha póliza o certificado debido al estado de salud, experiencia en reclamaciones, cuidados de la salud recibidos, 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 la persona cumpla 65 años de edad o más y esté registrado para beneficios bajo la Parte B de Medicare. Cada póliza o certificado complementario de Medicare que generalmente ofrece el asegurador se ofrecerá a todos los solicitantes que cualifiquen bajo este subartículo sin tomar en cuenta la edad.
- B. (1) Si el solicitante cualifica conforme al inciso A, hace la solicitud durante el plazo indicado de dicho subartículo y a la fecha de la solicitud ha tenido un periodo continuo de cubierta acreditable de al menos seis (6) meses, el emisor no excluirá ningún beneficio a base de una condición preexistente.
- (2) Si el solicitante cualifica de conformidad con el inciso A, hace la solicitud durante el plazo indicado en dicho inciso y a la fecha de la solicitud ha tenido un periodo continuo de cubierta acreditable de menos de seis (6) meses, el emisor reducirá el periodo de toda exclusión por una condición preexistente por la cantidad total del tiempo de cubierta acreditable aplicable al solicitante a la fecha de inscripción. El Secretario especificará la manera en que se hará la reducción conforme a este inciso.
- C. Salvo como se dispone en el inciso B y los Artículos 12 y 23, el inciso 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 diagnosticado durante los seis (6) meses antes que la cubierta fuese efectiva.

Artículo 12. Emisión garantizada para personas elegibles**A. Emisión garantizada**

- (1) Las personas elegibles son las personas descritas en el inciso B que solicitan inscribirse durante el último periodo especificado en el inciso C, y que presentan evidencia de la terminación, desafiliación o inscripción en la Parte D de Medicare junto con la solicitud para la póliza complementaria de Medicare.
- (2) Con respecto a las personas elegibles, ningún emisor negará ni condicionará la emisión o efectividad de una póliza o certificado complementario de Medicare según se describe en el inciso E que se ofrece y está disponible para ser emitida a los asegurados por el emisor, no discriminará en la fijación de precios de dicha póliza o certificado debido al estado de salud, experiencia en reclamaciones, cuidados de la salud recibidos, o condición médica de un solicitante y no impondrá una exclusión de beneficios a base de alguna condición preexistente para la póliza complementaria de Medicare.

B. Personas elegibles

La persona elegible es toda persona que se describe en los siguientes incisos:

- (1) La persona está inscrita en un plan de beneficios para empleados que provee beneficios de cuidado de la salud que complementan los beneficios de Medicare y el plan termina, o el plan deja de proveer dichos beneficios complementarios de cuidado de la salud a la persona;
- (2) La persona está inscrita en un plan de la Parte C de Medicare de una organización Medicare Advantage, y la persona tiene 65 años o más y está inscrita con un proveedor del Programa Integral de Cuidado de Envejecientes (PACE) conforme el Artículo 1894 de la Ley de Seguro Social, y hay circunstancias similares a las que se describen a continuación que permitirían que se suspendiera la inscripción con dicho proveedor si la persona se suscribe a un plan de Medicare Advantage:
  - (a) La certificación de la organización o plan se ha dado por terminada;
  - (b) La organización ha terminado o discontinuado el plan en el área donde reside la persona;
  - (c) La persona ya no es elegible para escoger el plan debido a un cambio en su lugar de residencia o algún otro cambio en sus circunstancias según especificado por el Secretario, pero que no incluye la terminación de la inscripción de la persona por los motivos descritos en el Artículo 1851(g)(3)(B) de la Ley de Seguro Social (donde la persona no ha pagado las primas con regularidad o ha incurrido en conducta conflictiva según se especifica en las normas del Artículo 1856), o el plan ha terminado para todas las personas dentro del área de residencia;

- (d) La persona demuestra, conforme a las normas dispuestas por el Secretario, que:
    - (i) La organización que ofrecía el plan violó de manera sustancial alguna disposición esencial del contrato de dicha organización a tenor con esta Parte en relación con la persona, incluido dejar de proveer de modo oportuno al asegurado el cuidado médico necesario conforme a los beneficios que provee el plan o dejar de proveer dicho cuidado cubierto conforme a las normas de calidad aplicables o
    - (ii) La organización o el productor u otra entidad que actúa en nombre de la organización representó de manera engañosa las disposiciones del plan al venderlo a la persona o
  - (e) La persona cumple con otras condiciones excepcionales según pudiera disponer el Secretario.
- (3) (a) La persona está inscrita en:
- (i) Una organización elegible bajo contrato según el Artículo 1876 de la Ley de Seguro Social (“Medicare Cost”);
  - (ii) Una organización similar que opera bajo una autorización de proyectos demostrativos, en efecto para periodos antes del 1 de abril de 1999;
  - (iii) Una organización con arreglo contractual conforme al Artículo 1833(a)(1)(A) de la Ley de Seguro Social (plan de prepago de cuidados de la salud) o
  - (iv) Una organización con una póliza Medicare Select y
- (b) La inscripción termina en las mismas circunstancias que permitiría que se descontinuara la elección de cubierta de la persona conforme al Artículo 12B(2).
- (4) La persona está inscrita en una póliza complementaria de Medicare y la inscripción se descontinúa debido a:
- (a)
    - (i) La insolvencia del asegurador o la quiebra de la organización que no es la entidad emisora; u
    - (ii) Otra clase de terminación involuntaria de la cubierta o inscripción a tenor con la póliza;
  - (b) El emisor de la póliza violó sustancialmente una disposición esencial de la póliza; o
  - (c) El emisor, o productor u otra entidad que actúa a nombre del emisor representó de manera engañosa las disposiciones de la póliza al venderla a la persona;

- (5) (a) La persona estaba inscrita bajo una póliza complementaria de Medicare, discontinúa la inscripción y luego se inscribe por primera vez con una organización Medicare Advantage en un plan Medicare Advantage conforme a la Parte C de Medicare, con una organización elegible con arreglo contractual conforme al Artículo 1876 de la Ley de Seguro Social (“Medicare Cost”), con cualquier organización similar que opera bajo autorización de proyectos demostrativos, con un proveedor PACE a tenor con el Artículo 1894 de la Ley de Seguro Social, o en una póliza Medicare Select y
  - (b) El asegurado discontinúa dicha inscripción posterior conforme al inciso (a) en cualquier momento durante los primeros doce (12) meses de dicha inscripción (periodo en el cual se permite que el asegurado discontinúe dicha inscripción conforme al Artículo 1851(e) de la Ley de Seguro Social) o
- (6) La persona, cuando esté elegible por primera vez para los beneficios a tenor con la Parte A de Medicare al cumplir 65 años de edad, se inscribe en un plan Medicare Advantage a tenor con la Parte C de Medicare, o con un proveedor PACE a tenor con el Artículo 1894 de la Ley de Seguro Social y discontinúa la inscripción en el plan o programa a más tardar a los doce (12) meses de la fecha efectiva de inscripción.
- (7) La persona se inscribe en un plan de la parte D de Medicare durante el periodo inicial de inscripción y al momento de inscribirse en la Parte D, estaba inscrita en una póliza complementaria de Medicare que cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y la persona discontinúa su inscripción en la póliza complementaria de Medicare y provee evidencia de su inscripción en el plan de la Parte D de Medicare junto con la solicitud de la póliza según se describe en el inciso E(4).

C. Periodos de emisión garantizada.

- (1) En el caso de una persona descrita en el inciso B(1), el periodo de emisión garantizada comienza en la fecha posterior entre: (i) la fecha en que la persona reciba el aviso de terminación o discontinuación de todos los beneficios médicos complementarios (o, si no se recibe ninguna terminación o discontinuación, la notificación de que una reclamación ha sido denegada debido a una terminación o discontinuación) y (ii) la fecha en que la cubierta aplicable termina o se discontinúa; y el periodo termina sesenta y tres (63) días después de su comienzo;
- (2) En el caso de una persona descrita en los incisos B(2), B(3), B(5) o B(6), cuya inscripción se discontinuó involuntariamente, el periodo de emisión garantizada comienza en la fecha en que la persona recibe el aviso de terminación y termina sesenta y tres (63) días después de la fecha en que termina la cubierta aplicable;
- (3) En el caso de una persona descrita en el inciso B(4)(a), el periodo de

emisión garantizada comienza en la fecha que ocurre primero entre: (i) la fecha en que la persona recibe el aviso de terminación, una notificación de la quiebra o insolvencia del emisor y otra notificación similar, si alguna, y (ii) la fecha en que termina la cubierta aplicable; el periodo termina a los sesenta y tres (63) días de la terminación de la cubierta;

- (4) En el caso de una persona descrita en los incisos B(2), B(4)(b), B(4)(c), B(5) o B(6) que descontinúa la inscripción voluntariamente, el periodo de emisión garantizada comienza sesenta (60) días antes de la fecha efectiva de la discontinuación y termina a los sesenta y tres (63) días después de la fecha efectiva;
- (5) En el caso de una persona descrita en el inciso B(7), el periodo de emisión garantizada comienza en la fecha en que la persona recibe un aviso conforme al Artículo 1882(v)(2)(B) del suplemento de Medicare de la Ley de Seguro Social del emisor del plan complementario de Medicare durante el periodo de sesenta días inmediatamente anterior al periodo inicial de inscripción en la Parte D y termina a los sesenta y tres (63) días después de la fecha efectiva de la cubierta de la persona bajo Medicare Parte D y
- (6) En el caso de una persona descrita en el inciso B pero que no se haya descrito en las anteriores disposiciones de este inciso, el periodo de emisión garantizada comienza en la fecha efectiva de la discontinuación de la inscripción y termina a los sesenta y tres (63) días después de la fecha efectiva.

D. Acceso Medigap extendido en caso de interrupción del periodo inicial.

- (1) En el caso de una persona descrita en el incisoB(5) (o se entiende que haya sido descrita, conforme al presente inciso) cuya inscripción con una organización o proveedor según se describe en el incisoB(5)(a) se termina involuntariamente dentro de los primeros doce (12) meses de la inscripción, y dicha persona se inscribe con otra organización o proveedor, se entenderá que esa inscripción posterior se calificará como una inscripción inicial según se describe en el Artículo 12B(5);
- (2) En el caso de una persona descrita en el incisoB(6) (o se entiende que haya sido descrita, conforme a este inciso) cuya inscripción con un plan o en un programa según se describe en el Subartículo B(6) se termina involuntariamente dentro de los primeros doce (12) meses de la inscripción, y dicha persona se inscribe con otra organización o proveedor, se entenderá que esa inscripción posterior se calificará como una inscripción inicial según se describe en el Artículo 12B(6) y
- (3) Para fines de los incisos B(5) y B(6), ninguna inscripción de una persona con una organización o proveedor según se describe en el inciso B(5)(a), o con un plan o en un programa según se describe en el inciso B(6) se interpretará como una inscripción inicial conforme a este inciso si ha transcurrido un periodo de dos años contado a partir de la fecha en que la persona se inscribió por primera vez con la organización, el proveedor, el

plan o el programa.

- E. Productos a los cuales las personas elegibles tienen derecho. Las pólizas complementarias de Medicare a las que tienen derecho las personas elegibles bajo:
- (1) Los Artículos 12B(1), (2), (3) y (4) disponen una póliza complementaria de Medicare con un paquete de beneficios clasificado como Plan A, B, C, F (incluido el plan F con deducible alto), K o L ofrecido por el asegurador.
  - (2)
    - (a) Sujeto al inciso (b), el Artículo 12B(5) dispone que se use la misma póliza complementaria de Medicare en la cual la persona estaba inscrita más recientemente, si está disponible, del mismo emisor, o de lo contrario, una póliza según se describe en el inciso (1);
    - (b) Después del 31 de diciembre de 2005, si la póliza complementaria de Medicare en la cual la persona estaba inscrita más recientemente tenía el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la póliza complementaria de Medicare según se describe en este inciso será:
      - (i) Una póliza provista por el mismo emisor pero modificada para eliminar la cubierta de medicamentos recetados o
      - (ii) A opción del tenedor de póliza, una póliza A, B, C, F (incluida la póliza F con deducible alto), K o L que ofrezca algún emisor;
  - (3) El Artículo 12B (6) incluye toda póliza complementaria de Medicare ofrecida por cualquier emisor;
  - (4) El Artículo 12B(7) contempla una póliza complementaria de Medicare que incluya un paquete de beneficios clasificado como Plan A, B, C, F (incluido el plan F con deducible alto), K o L ofrecida y emitida por el mismo emisor que emitió la póliza complementaria de Medicare con cubierta de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- F. Disposiciones sobre la notificación.
- (1) Al ocurrir algún evento según se describe en el inciso B de este Artículo en el cual la persona pierde la cubierta o los beneficios debido a la terminación de un contrato o acuerdo, póliza, o plan, la organización que da por terminado el contrato o acuerdo, el emisor que cancela la póliza, o el administrador del plan que se da por terminado, respectivamente, notificará a la persona de sus derechos conforme a este Artículo, y de las obligaciones de los emisores de pólizas complementarias de Medicare a tenor con el inciso A. Dicho aviso se hará al mismo momento de presentar la notificación de terminación.
  - (2) Al ocurrir algún evento según se describe en el inciso B de este Artículo en el cual la persona deja de estar inscrita conforme a un contrato o acuerdo, póliza, o plan, la organización que ofrece el contrato o acuerdo, independientemente de la razón por la terminación de la inscripción, el

emisor que ofrece la póliza, o el administrador del plan, respectivamente, notificará a la persona de sus derechos conforme a este artículo, y de las obligaciones de los emisores de pólizas complementarias de Medicare conforme al Artículo 12A. Dicha notificación se comunicará dentro de diez días laborables de la fecha en que el emisor recibe la notificación de la discontinuación de la inscripción.

Artículo 13. Normas para el Pago de Reclamaciones

- A. Los emisores cumplirán 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 Reconciliación 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 persona inscrita, al momento de la inscripción, una tarjeta que indique el nombre y número de la póliza 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 Humanos, por lo menos anualmente, una dirección postal central a la cual los intermediarios fiscales de Medicare puedan enviar todas la reclamaciones.
- B. Se certificará el cumplimiento con los requisitos establecidos en el anterior inciso A en el formulario de informe de experiencia del seguro complementario de Medicare.

Artículo 14. Normas para los Índices de Pérdidas y el Reembolso o Crédito de Prima

A. Normas para los Índices de Pérdidas

- (1) (a) Un formulario de póliza o certificado complementario de 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 de la cubierta, que el formulario de póliza o certificado proveerá 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 servicios de la salud a base de servicio en lugar de reembolso y primas devengadas para el período y de acuerdo a principios y prácticas actuariales aceptados. Los gastos de cuidado de la salud incurridos por una organización de servicios de la salud no incluirán:
- (i) Gastos de la oficina central y gastos generales;
  - (ii) Gastos de publicidad;
  - (iii) Comisiones y otros gastos de adquisición;
  - (iv) Contribuciones o impuestos;
  - (v) Costos de capital;
  - (vi) Gastos administrativos y
  - (vii) Gastos de procesamiento de reclamaciones.
- (2) Todas las radicaciones de tarifas y tablas de tarifas 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. Las radicaciones de revisiones de tarifas deberán demostrar también que puede esperarse que el índice de pérdidas anticipado para el período futuro completo para el cual las tarifas revisadas se computan cumple con las normas para los índices de pérdidas.
- (3) Para fines de aplicar el incisoA(1) de este Artículo y el incisoC (3) del Artículo 15 solamente, las pólizas emitidas como resultado de solicitudes de personas por correo o por publicidad a través de los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) serán consideradas como pólizas individuales.
- (4) Para las pólizas emitidas antes del 30 de julio de 1992, las reclamaciones esperadas con relación a las primas deberán cumplir con:
- (a) El índice de pérdidas anticipado radicado originalmente cuando se combina con la experiencia real desde el principio.
  - (b) El requisito pertinente del índice de pérdidas de los incisos A(1)(a)(i)

y (ii) cuando se combina con la experiencia real que comienza el 15 de julio de 1996 hasta el presente y

- (c) El requisito pertinente del índice de pérdidas de los incisos (A)(1)(a)(i) y (ii) sobre el período futuro completo para el cual las tarifas se computan para proveer la cubierta.

B. Cálculo de Reembolso o Crédito

- (1) El emisor acumulará y radicará con el Comisionado para el 31 de mayo de cada año, la información contenida en el formulario de informe aplicable que se incluye en el Apéndice A para cada tipo en un plan estandarizado de beneficios complementarios de Medicare.
- (2) Si a base de la experiencia según informada el índice de referencia ("benchmark") desde el principio (índice 1) excede el índice de experiencia ajustado desde el principio (índice 3), entonces se requiere un cálculo de reembolso o crédito. El cálculo de reembolso deberá hacerse a nivel estatal para cada tipo de plan de beneficios complementarios de Medicare. Para fines del cálculo de reembolso o crédito, se excluirá la experiencia sobre pólizas emitidas dentro del año para el que se rinde el informe.
- (3) Para fines de este Artículo, las pólizas o certificados emitidos antes del 30 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 un índice de pérdida individual cuando se emiten) combinadas y todas las pólizas grupales combinadas por experiencia después del 21 de septiembre de 2009. El primer informe se radicará el 31 de mayo de 2011.
- (4) Se hará un reembolso o crédito solamente cuando el índice de pérdidas de referencia ("benchmark") exceda el índice de pérdidas de la experiencia ajustada y la cantidad a ser reembolsada o acreditada excede un nivel *de minimis*. El reembolso incluirá intereses desde el final del año natural hasta la fecha del reembolso o crédito a una tasa determinada por el Secretario de Salud y Servicios Humanos, pero de ningún modo será menor que la tasa de interés promedio para los bonos del Departamento del Tesoro federal 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. Radicación anual de tarifas

Los emisores de pólizas y certificados complementarios a Medicare emitidos antes o después de la fecha de efectividad del 1 de enero de 1992, en Puerto Rico radicarán anualmente sus tarifas, tablas de tarifas y documentación justificativa que incluya los índices de pérdidas incurridas con respecto a las primas devengadas por el término de la póliza, para aprobación por el Comisionado de acuerdo con los requisitos de radicación y procedimientos establecidos por el

Comisionado. La documentación justificativa deberá demostrar también de acuerdo con los principios de práctica actuarial al utilizar presunciones razonables que se puede esperar que las normas para los índices de pérdidas se cumplan para todo el período por el cual se computen las tarifas. La demostración excluirá reservas para pólizas de seguro de vida activas. Para las pólizas o certificados en vigor por menos de tres (3) años se demostrará un índice de pérdidas esperado para el tercer año mayor o igual al porcentaje aplicable. Tan pronto como sea posible, pero previo a la fecha de vigencia de las mejoras en los beneficios de Medicare, cada emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare en Puerto Rico radicará con el Comisionado en conformidad con los procedimientos aplicables de radicación de Puerto Rico:

- (1)
  - (a) Ajustes apropiados de prima necesarios para producir índices de pérdidas según anticipados para la prima actual para las pólizas o certificados aplicables. Los documentos justificativos necesarios para justificar el ajuste acompañarán la radicación.
  - (b) El emisor hará los ajustes de prima necesarios para producir un índice de pérdidas esperado bajo la póliza o certificado que esté en conformidad con las normas mínimas de índices de pérdidas para pólizas complementarias de Medicare y que se espera resulten en un índice pérdidas por lo menos igual a la que el emisor para las pólizas o certificados complementarios de Medicare anticipaba originalmente en las tarifas utilizadas para producir las primas actuales. Ningún ajuste de prima que modifique la experiencia del índice de pérdidas bajo la póliza que no sean los ajustes aquí descritos se hará con respecto a una póliza en ningún momento que no sea su fecha de renovación o fecha de aniversario.
  - (c) Si los ajustes de prima hechos por el emisor no son aceptables para el Comisionado, el Comisionado podrá ordenar ajustes de primas, reembolsos o créditos de primas que se consideren necesarios para lograr el índice de pérdidas requerido en este Artículo.
- (2) Todo formulario pertinente de aditamento, endoso o pólizas que se necesite para realizar las modificaciones a la póliza o certificado complementario de Medicare, con miras a eliminar la duplicación de beneficios de Medicare. Los formularios de aditamentos, endosos o pólizas proveerán una descripción clara de los beneficios complementarios de Medicare provistas por la póliza o certificado.

D. Vistas públicas

El Comisionado podrá celebrar vistas públicas 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 de vigencia del 1 de enero de 1992, si la experiencia del formulario para el

período anterior de informe no cumple con la norma aplicable de índice de pérdidas. La determinación de cumplimiento se hace sin tomar en consideración los reembolsos o créditos para el período de informe. Se dará aviso público de la vista en un modo que el Comisionado estime apropiado.

Artículo 15. Radicación y Aprobación de Pólizas y Certificados y Tarifas de Primas

- A. Ningún emisor 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 el Comisionado y aprobado por éste según los requisitos y procedimientos de radicación establecidos por el Comisionado.
- B. Todo emisor radicará solo con el Comisionado de Seguros de Puerto Rico los aditamentos o enmiendas a la póliza o certificado para eliminar los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios según se requiere en la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA).
- C. Ningún emisor usará ni cambiará las tarifas de primas para una póliza o certificado complementario de Medicare a menos que las tarifas, tablas de tarifas y documentación justificativa hayan sido radicados y aprobados por el Comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos establecidos por el Comisionado.
- D.
  - (1) Excepto como se provee en el inciso (2) de este inciso, ningún emisor radicará para aprobación más de un formulario de una póliza o certificado de cada tipo para cada plan estandarizado de beneficios complementarios de Medicare.
  - (2) El emisor podrá ofrecer, con la aprobación del Comisionado, hasta cuatro (4) formularios de póliza o formularios de certificado adicionales del mismo tipo para el mismo plan de beneficios complementarios de Medicare, uno para cada uno de los siguientes casos:
    - (a) La inclusión de beneficios nuevos o innovadores;
    - (b) La adición de métodos de mercadeo de respuesta directa o de agentes;
    - (c) La adición de cubierta de emisión garantizada (con condiciones preexistentes) o cubierta sin condiciones preexistentes (“underwritten”);
    - (d) La oferta de cubierta a personas elegibles a Medicare por razón de incapacidad.
  - (3) Para fines de este Artículo, un "tipo" significa una póliza individual, una póliza grupal, una póliza individual de Medicare Select, o una póliza grupal de Medicare Select.
- E.
  - (1) Excepto como se dispone en el inciso (1)(a), los emisores continuarán ofreciendo a la venta los formularios de póliza o de certificado emitidos después de la fecha de efectividad de esta Regla que hayan sido aprobados

por el Comisionado. No se considerará que un formulario de póliza o certificado esté a la venta a menos que el emisor lo haya ofrecido activamente para la venta en los doce (12) meses previos.

- (a) Un emisor podrá discontinuar 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 discontinuación de la disponibilidad del formulario de póliza o certificado. Después de que el Comisionado haya recibido el aviso, el emisor no volverá a ofrecer el formulario de póliza o certificado para la venta en Puerto Rico.
  - (b) Si el emisor discontinúa un formulario de póliza o formulario certificado con arreglo al inciso (a) no radicará para aprobación un formulario de póliza o de certificado nuevo del mismo tipo para el mismo plan estandarizado de beneficios complementarios de Medicare por un período de cinco (5) años después de notificar al Comisionado de la discontinuación. El período de discontinuación 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 discontinuación para fines de este inciso.
  - (3) Un cambio en la estructura o metodología de tarificación se considerará como una discontinuación a tenor con el inciso (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 tarificación y las tarifas resultantes difieren de la metodología de tarificación existente y las tarifas existentes.
    - (b) El emisor subsiguientemente no pone en vigencia un cambio de tarifas o de factores de tarificación que causaría el diferencial en porcentaje entre las tarifas discontinuadas 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.
- F.
- (1) Excepto como se dispone en el inciso (2), la experiencia de todos los formularios de póliza o certificados del mismo tipo en un plan uniforme de beneficios complementarios a Medicare se combinarán para fines del cálculo del reembolso del crédito que se dispone en el Artículo 14 de la Regla Modelo para el Seguro Complementario de 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 fines del

cálculo del reembolso o crédito.

- G. Ningún asegurador radicará una estructura de tarifas para sus pólizas o certificados complementarios de Medicare emitidos después de la fecha de vigencia de la enmienda de esta Regla a base de una estructura o metodología de agrupación por edad cumplida de más de un año. La relación entre las tarifas para las edades sucesivas aumentará con regularidad conforme al aumento en la edad.

Artículo 16. Arreglos de Compensación Permitidos

- A. El 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 de 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 reemplazante en pólizas o certificados de renovación si una póliza o certificado existente se reemplaza.
- D. Para fines 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 17. Disposiciones sobre Divulgaciones Requeridas

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 estar a tenor con el tipo de contrato emitido. La disposición estará titulada apropiadamente, y aparecerá en la primera página de la póliza e incluirá toda reservación del derecho del emisor a cambiar primas y todo aumento automático de las primas desde el momento de la 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 el emisor elimina beneficios para evitar duplicación de beneficios de Medicare, todos los aditamentos o endosos anejados a una póliza complementaria de Medicare después de la fecha de emisión o a la restitución 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 de Medicare, o si los aumentos en beneficios o cubierta son 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 de Medicare, contiene cualquier limitación con respecto a condiciones preexistentes, tal limitación aparecerá como un inciso 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 un reembolso de prima si, después de examinar la póliza o certificado, la persona asegurada no está satisfecha por el motivo que fuera.
- (6) (a) Los 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 Humanos de los Estados Unidos en un tamaño tipométrico que no sea menor que la tipometría de 12 puntos. 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 de 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 fines de este Artículo "forma" significa el lenguaje, formato, tamaño tipométrico, espacio proporcional de tipometría, impreso en negrilla y espacio entre líneas.

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 cualquier cambio en los beneficios de Medicare, el emisor notificará a sus tenedores de pólizas y de certificados, las modificaciones que se hayan hecho a las pólizas o certificados de seguro complementario a Medicare en un formato que sea aceptable al Comisionado de Seguros. El aviso deberá:
  - (a) Incluir una descripción de las revisiones al programa de Medicare y una descripción de cada modificación hecha a la cubierta provista bajo la póliza o certificado Complementario de 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 su comprensión.
- (3) Los avisos no incluirán ni serán acompañados por ninguna solicitud.

C. Requisitos de aviso de la Ley MMA

Los emisores cumplirán con todos los requisitos de la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003 (MMA).

D. Requisitos para el Resumen de Cubierta para Pólizas Complementarias de 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 prospectivo y, con excepción de las 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 de 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 puntos:

"AVISO: Lea este resumen de cubierta detenidamente. 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 de conformidad con este Artículo, consiste de cuatro partes: una portada, información sobre primas, páginas de declaraciones y tablas de las características 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) puntos. Todos los planes 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 la modalidad del plan deberán ser declarados para todos los planes que se ofrecen al solicitante prospectivo. Todas las primas posibles para el solicitante prospectivo serán ilustradas.
- (4) El resumen decubierta incluirá la siguiente información en el orden prescrito más adelante.

Tabla de Planes Complementarios de Medicare-vendidos después del 1 de junio de 2010.

Esta tabla muestra los beneficios incluidos en cada uno de los planes estandarizados complementarios de Medicare. Todas las compañías deberán ofrecer el Plan "A". Algunos planes podrían no estar disponibles en su estado.

Los Planes E, H, I, y J ya no están disponibles a la venta. [esta oración no aparecerá después del 1 de junio de 2011.]

Beneficios Básicos:

- **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) o copagos para los servicios ambulatorios en los hospitales. Los planes K, L, M y N requieren que el asegurado pague una parte del coaseguro o copago de la Parte B
- **Sangre:** Primeras tres pintas de sangre cada año.
- **Cuidado de hospicio** – Coaseguro de la Parte A

A	B	C	D	F	F	G
Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B		Beneficios Básicos incluido el 100% del Coaseguro de la Parte B
		Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada	Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada	Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada		Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada

K	L	M	N
100% Hospitalización y cuidado preventivo 50% Otros Beneficios Básicos	100% Hospitalización y cuidado preventivo 75% Otros Beneficios Básicos	Beneficios Básicos incluido Coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos incluido Coaseguro de la Parte B excepto hasta \$20 copago para visita de oficina y hasta \$50 para sala de emergencia
50% Facilidad de Coaseguro Enfermería Especializada	75% Facilidad de Coaseguro Enfermería Especializada	Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada	Coaseguro Facilidad de Enfermería Especializada

	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A
		Deducible Parte B		Deducible Parte B	
				Exceso Parte B (100%)	Exceso Parte B (80%)
		Emergencia Viaje al Extranjero

* El Plan F también incluye una opción denominada Plan F de deducible alto. Este plan con deducible alto paga los mismos beneficios que el Plan F después de que la persona pague un deducible de [\$2000] en el año natural. Los beneficios del Plan F de deducible alto no comienzan hasta que el desembolso personal exceda [\$2000]. Los desembolsos personales para este deducible son los gastos que normalmente pagaría la póliza. Estos gastos incluyen los deducibles para la Parte A y la Parte B, pero no incluyen el deducible separado para emergencias durante viajes en el extranjero.

50% Deducible Parte A	75% Deducible Parte A	50% Deducible Parte A	Deducible Parte A
		Emergencia Viaje al Extranjero	Emergencia Viaje al Extranjero
Límite de desembolso personal \$[4620]	Límite de desembolso personal \$[23100]		
Paga el 100% luego del límite	Paga el 100% luego del límite		

INFORMACIÓN 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.]

DIVULGACIONES [En Negrilla]

Utilice este resumen para comparar beneficios entre pólizas y primas.

Este resumen muestra los beneficios y las primas de las pólizas que se venden para fechas de vigencias a partir del 1 de junio de 2010. Las pólizas vendidas con fecha de vigencia anterior al 1 de junio de 2010 tienen beneficios y primas distintos. Los Planes E, H, I y J ya no se venden. [Este párrafo no aparecerá después del 1 de junio de 2011]

LEA SU PÓLIZA MUY DETENIDAMENTE [En Negrilla]

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

DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA [En Negrilla]

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

REEMPLAZO DE LA PÓLIZA [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 productores:]

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

[para respuesta directa:]

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

Este resumen de cubierta no ofrece todos los detalles de la cubierta de Medicare. Comuníquese 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 llene la solicitud para la nueva póliza, asegúrese 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 inciso aparezca.] Revise la solicitud con cuidado antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información ha sido debidamente anotada.

[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 más adelante. No se podrá mostrar más de cuatro planes en una tabla. Para fines de ilustración, se incluyen tablas para cada plan en esta regla. Un emisor podrá usar designaciones adicionales de plan de beneficio en estas tablas a tenor con el Artículo 9.1D de esta regla.]

[Incluya una explicación de todo beneficio innovador en la portada y en la tabla 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
HOSPITALIZACIÓN * Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ 0	\$ [1068] (Deducible de la Parte A)
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después: Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia: 365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0** Todos los costos
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 \$ 0 \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] por día Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$ 0 100%	3 pintas \$ 0	\$ 0 \$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recludos	Copago/coaseguro Medicare	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN A**MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL**

*Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para pacientes reclusos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$ 0 Generalmente 20%	\$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$ 0 20%	\$ 0 \$[135] (Deducible Parte B) \$ 0

SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B

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	\$ 0	\$ 0	[\$135] (Deducible Parte B)
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*	80%	20%	\$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare			

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 ninguna otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y suministros generales			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [1068] Deducible Parte A	\$ 0
Día 61 hasta día 90	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia			
-365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0**
-Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 \$ 0 \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] por día Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$ 0 100%	3 pintas \$ 0	\$ 0 \$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recludos	Copago/coaseguro Medicare	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN B**MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL**

*Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, tales como servicios de médicos, servicios y productos médicos para pacientes reclusos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$ 0 Generalmente 20%	\$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$ 0 20%	\$ 0 \$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0

PLAN C**MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

* Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después 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
HOSPITALIZACIÓN * Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [1068] (Deducible de la Parte A)	\$ 0
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después: Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia: 365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0** Todos los costos
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recluidos	Copago/coaseguro Medicare	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN C

MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL

* Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$[135] (Deducible Parte B) Generalmente 20%	\$ 0 \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$[135] (Deducible Parte B) 20%	\$ 0 \$ 0 \$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B

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	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)	\$ 0
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0

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 natural	\$ 0	\$0	\$ 250
Restante de los Cargos	\$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

PLAN 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
HOSPITALIZACIÓN * Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [1068] (Deducible de la Parte A)	\$ 0
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después: Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia: 365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0**
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes reclusos	Copago/coaseguro	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN D**MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL**

* Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$ 0 Generalmente 20%	\$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$ 0 20%	\$ 0 \$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B

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	\$ 0	\$ 0	\$ [135] (Deducible Parte B)
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0

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 natural Restante de los Cargos	\$ 0 \$ 0	\$0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$ 250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

**PLAN F O PLAN F DE DEDUCIBLE ALTO
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.

[** Este plan de deducible alto paga los mismos beneficios después de que la persona haya pagado un deducible de \$[2000] en el año natural. Los beneficios del Plan F de deducible alto no comenzarán hasta tanto el desembolso personal alcance los \$[2000]. El desembolso personal para este deducible es para los gastos que normalmente pagaría la póliza, es decir, los deducibles para la Parte A y la Parte B, pero no el deducible separado para emergencias durante viajes en el extranjero.]

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	[DESPUÉS DE QUE USTED PAGUE EL DEDUCIBLE DE \$[2000] EL PLAN PAGA	[ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$[2000]USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería y misceláneos y suministros generales			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [1068] Deducible Parte A	\$ 0
Día 61 hasta día 90	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
-Mientras se utilicen los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
-Una vez se utilicen los días de reserva vitalicia			
-365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0**
-Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

**PLAN F O PLAN F DE DEDUCIBLE ALTO - CONTINUACIÓN
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	[DESPUÉS DE QUE USTED PAGUE EL DEDUCIBLE DE \$[2000] EL PLAN PAGA	[ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$[2000]USTED PAGA
FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes reclusos	Copago/coaseguro Medicare	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

**PLAN F O PLAN F DE DEDUCIBLE ALTO
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL**

*Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural. * Una vez le hayan facturado \$[135] 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 natural.

[** Este plan de deducible alto paga los mismos beneficios después de que la persona haya pagado un deducible de \$[2000] en el año natural. Los beneficios del Plan F de deducible alto no comenzarán hasta tanto el desembolso personal alcance los \$[2000]. El desembolso personal para este deducible es para los gastos que normalmente pagaría la póliza, es decir, los deducibles para la Parte A y la Parte B, pero no el deducible separado para emergencias durante viajes en el extranjero.]

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	[DESPUÉS DE QUE USTED PAGUE EL DEDUCIBLE DE \$[2000] EL PLAN PAGA	[ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$[2000]USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$[135] (Deducible Parte B) Generalmente 20%	\$ 0 \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	100%	\$ 0
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$[135] (Deducible Parte B) 20%	\$ 0 \$ 0 \$ 0

SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	[DESPUÉS DE QUE USTED PAGUE EL DEDUCIBLE DE \$[2000] EL PLAN PAGA	[ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$[2000]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	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)	\$ 0
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	[DESPUÉS DE QUE USTED PAGUE EL DEDUCIBLE DE \$[2000] EL PLAN PAGA	[ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$[2000]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 natural Restante de los Cargos	\$ 0 \$ 0	\$0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$ 250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

PLAN 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
HOSPITALIZACIÓN *			
Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [1068] (Deducible de la Parte A)	\$ 0
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia:			
365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0**
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 \$ Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respirio para pacientes recludos	Copago/coaseguro Medicare	\$ 0

**AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN G
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL

* Una vez le hayan facturado \$[133.50] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$ [135] (Deducible Parte B) Generalmente 20%	\$ 0 \$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 80%	Todos los Costos \$ 0 20%	\$ 0 \$[135] (Deducible Parte B) \$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B

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	\$ 0	Primeros \$[135] (Deducible Parte B)	\$ 0
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare*			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0

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 natural	\$ 0	\$0	\$ 250
Restante de los Cargos	\$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

PLAN K

*Usted pagará la mitad de los costos compartidos de algunos de los servicios cubiertos hasta que alcance el límite del desembolso personal de [\$4620] en cada año natural. Las cantidades que cuentan para el límite anual están marcadas con un diamante (♦) en la tabla a continuación. Una vez alcance el límite anual, el plan le pagará el 100% del copago y coaseguro de Medicare para el resto del año natural. **Sin embargo, este límite NO incluye los cargos de su proveedor que exceden las cantidades preaprobadas de Medicare (los cuales se denominan “cargos en exceso”) y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o el servicio.**

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
HOSPITALIZACIÓN *			
Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [534] (50% del deducible de la Parte A)	\$ [534] (50% del deducible de la Parte A) ♦
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia:			
365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0***
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA** Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$66.75] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$66.75] por día ♦ Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$ 0 100%	50% \$ 0	50% ♦ \$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recludos	50% Copago/coaseguro	50% Copago/coaseguro de Medicare ♦

***AVISO: Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN K
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL

**** Una vez le hayan facturado \$[135.00] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare**** Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 75% o más de las cantidades aprobadas por Medicare Generalmente 80%	\$ 0 Restante de la cantidad aprobada por Medicare Generalmente 10%	\$[135] (Deducible Parte B)**** ♦ Todos los costos sobre las cantidades aprobadas por Medicare Generalmente 10% ♦
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos (y estos no cuentan para el límite anual del desembolso personal de [\$4620])*
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare**** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 Generalmente 80%	50% \$ 0 Generalmente 10%	50% ♦ \$[135] (Deducible Parte B)**** ♦ Generalmente 10% ♦

SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

* Este plan limita su desembolso personal anual para las cantidades aprobadas por Medicare a [\$4620] al año. **Sin embargo, este límite NO incluye los cargos de su proveedor que exceden las cantidades preaprobadas de Medicare (los cuales se denominan “cargos en exceso”) y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o el servicio.**

PARTES A & B

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	\$ 0	\$ 0	[\$135] (Deducible Parte B) ♦
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare****			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	10%	10%♦

****Los beneficios de Medicare están sujetos a cambio. Consulte la *Guía para el Seguro Médico para Personas con Medicare* más reciente.

PLAN L

*Usted pagará una cuarta parte de los costos compartidos de algunos de los servicios cubiertos hasta que alcance el límite del desembolso personal de [\$2310] en cada año natural. Las cantidades que cuentan para el límite anual están marcadas con un diamante (♦) en la tabla a continuación. Una vez alcance el límite anual, el plan le pagará el 100% del copago y coaseguro de Medicare para el resto del año natural. **Sin embargo, este límite NO incluye los cargos de su proveedor que exceden las cantidades preaprobadas de Medicare (los cuales se denominan “cargos en exceso”) y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o el servicio.**

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
HOSPITALIZACIÓN * Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [808.50] (75% del deducible de la Parte A)	\$ [267] (25% del deducible de la Parte A) ♦
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después: Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia: 365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0***
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA** Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$100.13] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$33.38] por día ♦ Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$ 0 100%	75% \$ 0	25% ♦ \$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recluidos	75% Copago/coaseguro	25% Copago/coaseguro ♦

*****AVISO:** Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN L
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL

***** Una vez le hayan facturado \$[135.00] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare***** Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 75% o más de las cantidades aprobadas por Medicare Generalmente 80%	\$ 0 Restante de la cantidad aprobada por Medicare Generalmente 15%	\$[135] (Deducible Parte B)***** ♦ Todos los costos sobre las cantidades aprobadas por Medicare Generalmente 5% ♦
Cargos en Exceso de la Parte B (sobre las Cantidades Aprobadas por Medicare)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos (y estos no cuentan para el límite anual del desembolso personal de [\$2310]*)
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare***** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 \$ 0 Generalmente 80%	75% \$ 0 Generalmente 15%	25% \$[135] (Deducible Parte B) ♦ Generalmente 5% ♦

SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

* Este plan limita su desembolso personal anual para las cantidades aprobadas por Medicare a [\$23100] al año. **Sin embargo, este límite NO incluye los cargos de su proveedor que exceden las cantidades preaprobadas de Medicare (los cuales se denominan “cargos en exceso”) y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o el servicio.**

PARTES A & B –

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	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B) ♦
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare****			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	15%	5%♦

****Los beneficios de Medicare están sujetos a cambio. Consulte la *Guía para el Seguro Médico para Personas con Medicare* más reciente.

PLAN M
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
HOSPITALIZACIÓN *			
Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [534] (50% Deducible de la Parte A)	\$ [534] (50% Deducible de la Parte A) ♦
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia:			
365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$ 0**
Después de los 365 días adicionales	\$ 0	\$ 0	Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA** Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recluidos	Copago/coaseguro de Medicare	\$ 0

*****AVISO:** Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN M
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL

* Una vez le hayan facturado \$[135.00] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare****	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)
Restante 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 \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare****	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	20%	\$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B –

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	\$ 0	\$ 0	[\$135] (Deducible Parte B)
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare****			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	5%♦

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 natural	\$ 0	\$0	\$ 250
Restante de los Cargos	\$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

PLAN N
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
HOSPITALIZACIÓN *			
Cuarto semiprivado y comidas, atención de enfermería general y servicios y suministros misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$ [1068]	\$ [534] (50% Deducible de la Parte A)	\$ [534] (50% Deducible de la Parte A) ♦
Día 61 al día 90, inclusive	Todo menos \$ [267] por día	\$ [267] por día	\$ 0
Día 91 y después:			
Mientras usa los 60 días de reserva vitalicia	Todo menos \$ [534] por día	\$ [534] por día	\$ 0
Una vez se usan los días de reserva vitalicia:			
365 días adicionales	\$ 0	100% de los gastos elegibles de Medicare \$ 0	\$ 0**
Después de los 365 días adicionales	\$ 0		Todos los costos

FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA** Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye el haber estado hospitalizado por al menos 3 días y haber ingresado en un una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días de haber salido del hospital Primeros 20 días Día 21 al día 100 inclusive Día 101 y después	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$[133.50] por día \$ 0	\$ 0 Hasta [\$133.50] 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 Tiene que cumplir con los requisitos de Medicare que incluye la certificación de un médico certifique que usted está terminalmente enfermo	Todo menos coaseguros/copagos muy reducidos para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de respiro para pacientes recluidos	Copago/coaseguro de Medicare	\$ 0

*****AVISO:** Cuando se agotan los beneficios por hospitalización de Medicare Parte A, el asegurador ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado para hasta 365 días adicionales según se dispone en los “Beneficios Medulares” de la póliza. Durante este periodo se prohíbe que el hospital le facture por el balance basado en cualquier diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

PLAN N**MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL**

* Una vez le hayan facturado \$[135.00] 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 natural.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - EN O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, 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 \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare* Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$ 0 Generalmente 80%	\$ 0 Balance, aparte de hasta [\$20] por visita a la oficina y [\$50] por visita a la sala de emergencia. El copago de [\$50] se obviará si el asegurado es admitido a un hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de Medicare Parte A.	\$[135] (Deducible Parte B) hasta [\$20] por visita a la oficina y [\$50] por visita a la sala de emergencia. El copago de [\$50] se obviará si el asegurado es admitido a un hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de Medicare Parte A.
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 \$[135]de Cantidades Aprobadas por Medicare****	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	20%	\$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$ 0	\$ 0

PARTES A & B –

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	\$ 0	\$ 0	\$[135] (Deducible Parte B)
Primeros \$[135] de Cantidades Aprobadas por Medicare****			
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	5%♦

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 natural Restante de los Cargos	\$ 0 \$ 0	\$0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$ 250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

E. Aviso relacionado con pólizas o certificados que no sean pólizas complementarias a Medicare:

- (1) Toda 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 de 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 (PÓLIZA O CERTIFICADO) NO ES UNA PÓLIZA O CONTRATO COMPLEMENTARIO DE 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 18. 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 de 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 de 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 de 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 restituida si se solicita dentro de 90 días de haber perdido su elegibilidad a Medicaid.

- (5) Si usted se ha inscrito en una póliza complementaria de Medicare debido a alguna capacidad y luego obtiene cubierta de un plan grupal de cuidado de la salud patronal o relacionado con su sindicato, se podrán suspender los beneficios y primas, si se solicitara, mientras usted esté cubierto bajo dicho plan de cuidado de la salud patronal o relacionado con el sindicato. Si usted suspende su póliza complementaria de Medicare en estas circunstancias y posteriormente pierde la cobertura del plan médico del patrono del sindicato, y lo solicita dentro de los 90 días de perder dicha cobertura, se le restituirá el plan complementario de Medicare que se había suspendido (o si dicha póliza no estuviera disponible, una póliza sustancialmente equivalente). Si el plan complementario de Medicare tenía cubierta para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y usted se inscribió en Medicare Parte D mientras estuvo suspendida la póliza, la póliza, la póliza restituida no incluirá la cubierta de medicamentos recetados, pero por lo demás será sustancialmente equivalente a la cubierta antes de la fecha de la suspensión.
- (6) 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 a través 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]

Si ha perdido o está perdiendo otra cobertura de cuidado de la salud y recibió un aviso de su asegurador anterior en el que se le informa que es elegible para la emisión garantizada de una póliza complementaria de Medicare o que tiene derecho a comprar dicha póliza, es posible que tenga una aceptación garantizada en uno o más de nuestros planes complementarios de Medicare. Debe incluir el aviso de su asegurador anterior junto con la solicitud. **DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.**

[Marque Sí o No con una "X"]

A su mejor conocimiento:

- (1) (a) ¿Cumplió usted 65 años durante los pasados 6 meses?
Sí _____ No _____
- (b) ¿Se inscribió en Medicare Parte B durante los pasados 6 meses?
Sí _____ No _____

(c) Si contestó sí ¿cuál es la fecha de vigencia? _____

(2) ¿Tiene cubierta de ayuda médica mediante un programa estatal de Medicaid?

[NOTE AL SOLICITANTE: Si participa de un programa denominado "Spend-Down Program" y no ha cumplido con la parte que le toca pagar a usted, conteste NO a esta pregunta.]

Sí _____ No _____

Si contestó sí,

(a) ¿Pagará Medicaid por las primas de su póliza complementaria de Medicare?

Sí _____ No _____

(b) ¿Recibe algún beneficio de Medicaid APARTE DE los pagos de las primas de Medicare Parte B?

Sí _____ No _____

(3) (a) Si tuvo alguna cubierta de algún plan de Medicare aparte del Medicare original durante los pasados 63 días (por ejemplo, un plan Medicare Advantage o Medicare HMO o PPO), escriba la fecha de inicio y de terminación de dichos planes. Si todavía tiene cubierta bajo dicho plan, deje la parte "FIN" en blanco.

INICIO __/__/__ FIN __/__/__

(b) Si todavía tiene cubierta bajo el plan de Medicare, ¿tiene la intención de reemplazar su cubierta actual con esta nueva póliza complementaria de Medicare?

Sí _____ No _____

(c) ¿Esta es la primera vez que tiene este tipo de plan de Medicare?

Sí _____ No _____

(d) ¿Se dio de baja de una póliza complementaria de Medicare para inscribirse en ese plan de Medicare?

Sí _____ No _____

(4) (a) ¿Tiene otra póliza complementaria de Medicare que este en vigor actualmente?

Sí _____ No _____

(b) Si es así, ¿con cuál compañía y cuál es el plan [opcional para los que envían por correo directo]?

(c) Si es así, ¿tiene usted la intención de reemplazar su póliza complementaria de Medicare con esta póliza?

Sí _____ No _____

(2) ¿Ha tenido usted alguna otra cubierta de seguro de salud dentro de los pasados 63 días? (Por ejemplo, del patrono, de la unión, o un plan individual)

Sí _____ No _____

(a) Si es así, ¿con cuál compañía y qué tipo de póliza?

_____

_____

_____

(b) ¿Cuáles eran las fechas de cubierta bajo esta póliza?

INICIO ___/___/___ FIN ___/___/___

(Si todavía tiene cubierta bajo dicho plan, deje la parte "FIN" en blanco.)

B. Los agentes deberán enumerar toda otra póliza 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 de 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 DE MEDICARE

[Nombre de la compañía de seguros y dirección]

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

De acuerdo a (su solicitud) (información que usted ha proporcionado) usted se propone terminar la cubierta complementaria de 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 de Medicare es una buena decisión, deberá terminar su cubierta complementaria de Medicare actual. Usted deberá evaluar la necesidad de otra cubierta por accidente y enfermedad que tenga que podría duplicar esta póliza.

DECLARACIÓN 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 (marque una):

_____ Beneficios adicionales.

_____ Ningún cambio en beneficios, pero primas más bajas.

_____ Menos beneficios y primas más bajas.

_____ Mi plan tiene cubierta de medicamentos para pacientes ambulatorios y me estoy inscribiendo en Medicare Parte D

_____ Descontinuación de un plan Medicare Advantage. Explique la razón de la descontinuación [opcional solo para los de envío directo]

_____ Otro. (favor de especificar)

1. **Nota:** Si el emisor de la póliza complementaria de Medicare que usted solicita no impone limitaciones por concepto de condiciones preexistentes, o se le prohíbe hacerlo, pase inmediatamente al segundo párrafo. 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 inciso 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)

* No se requiere la firma para las ventas de respuesta directa

- F. El emisor podrá eliminar los párrafos 1 y 2 del aviso de reemplazo (aplicable a las condiciones preexistentes) si el reemplazo no conlleva la aplicación de una nueva limitación por condiciones preexistentes.

Artículo 19. Requisitos de Radicación de los Anuncios

El emisor proveerá una copia de todo anuncio para seguros complementarios de Medicare que se propone usar en Puerto Rico, sea por los medios escritos, la radio o la televisión, al Comisionado de Seguros de Puerto Rico para la revisión y aprobación por parte del Comisionado según se requiere en el Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento.

Artículo 20. Normas de Mercadeo

- A. El emisor deberá, ya sea directamente o por medio de sus productores:
- (1) Establecer procedimientos de mercadeo para asegurar que toda comparación de pólizas que hagan sus agentes u otros productores sean equitativa y correcta.
  - (2) Establecer procedimientos de mercadeo para asegurar que no se venda ni se emita un seguro excesivo.
  - (3) Exhibir de manera prominente en cuanto el tipo de letra o como sello u otro medio en la primera página de la póliza lo siguiente:
"Aviso al comprador: Es posible que esta póliza no cubra todos sus gastos médicos."
  - (4) Indagar y hacer todo esfuerzo razonable para determinar si un solicitante o posible suscriptor de seguro complementario de Medicare ya tiene un seguro contra accidentes y enfermedad y las clases y cantidades de dichos seguros.
  - (5) Establecer procedimientos auditables para verificar el cumplimiento con el párrafo A.
- B. Además de las prácticas que se prohíben en el Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico, se prohíben los siguientes actos y prácticas:
- (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, 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 recomendar la compra de seguro.

- (3) Anuncios de contacto anónimo. Hacer uso directa o indirectamente, de cualquier método de mercadeo que no divulgue de una manera conspicua que el propósito sea la solicitud de seguro y que se hará contacto por medio de un agente de seguros o una compañía de seguros.
- C. Los términos "Complementario de 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 21. Idoneidad de la compra recomendada y el seguro excesivo

- A. Al recomendar la compra o reemplazo de alguna póliza o certificado Complementario de Medicare, el agente deberá esforzarse razonablemente para determinar que la compra o el reemplazo que recomienda sea idónea para la persona.
- B. Se prohíbe la venta de más de una cubierta complementaria de Medicare.

Artículo 22. Informe de Pólizas Múltiples

- A. En o antes del 1 de marzo de cada año, un emisor comunicará la siguiente información por cada persona residente de Puerto Rico para el cual el emisor tenga en vigor más de una póliza o certificado Complementario de 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 23. 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 de Medicare reemplaza otra póliza o certificado Complementario de 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 de Medicare por beneficios similares hasta el término del tiempo que se utilizó bajo la póliza original.
- B. Si una póliza o certificado complementario de Medicare reemplaza otra póliza o certificado Complementario de 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 24. Prohibición de uso de información genética y solicitudes de pruebas genéticas

Esta Sección aplica a todas las pólizas que comienzan a partir del 21 de mayo de 2009.

- A. Los emisores de las pólizas o certificados complementarios de Medicare
  - 1. No denegarán ni condicionarán la emisión o vigencia de una póliza o certificado (que incluye la imposición de una exclusión de beneficios de la póliza a base de una condición pre-existente) a base de la información genética de dicha persona y
  - 2. No discriminarán en los precios de las pólizas o certificados (lo cual incluye los ajustes en las primas) de una persona a base de la información genética de dicha persona
- B. No se interpretará que ninguna disposición del subartículo A limita la potestad de emisor, en tanto se permita por ley, de:
  - 1. Denegar o condicionar la emisión o vigencia de la póliza o certificado o aumentar las primas de un grupo a base de la manifestación de una enfermedad o trastorno de un asegurado o solicitante; o
  - 2. Aumentar la prima de cualquier póliza emitida a una persona a base de la manifestación de una enfermedad o trastorno de una persona cubierta bajo la póliza (en cual caso, la manifestación de una enfermedad o trastorno en una persona no se podrá usar como información genética para otros miembros and aumentar la prima para el grupo).
- C. Ningún emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare solicitará o exigirá que una persona o familiar de dicha personase someta a una prueba genética.
- D. No se interpretará que la subsección C impida que un emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare obtenga y use los resultados de una prueba genética para determinar el pago (según se define para la aplicación del reglamento promulgado bajo la parte C del título XI y la sección 264 de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad en los Seguros de Salud de 1996, según enmendada) y a tenor con la subsección A.
- E. Para fines de cumplir con las disposiciones de la subsección D, los emisores de las pólizas o certificados complementarios de Medicare podrán solicitar solamente la cantidad mínima de información necesaria para dicho propósito.
- F. No obstante las disposiciones de la subsección C, los emisores de las pólizas complementarios de Medicare podrán solicitar, pero no exigir, que una persona o familiar of de dicha persona se someta a una prueba genética si se cumplen cada una de las siguientes condiciones:

- (1) La solicitud se hace en relación con alguna investigación que cumple con la parte 46 del título 45, del Código del Reglamento Federal o reglamento federal equivalente y toda legislación estatal o local o reglamentación sobre la protección de los sujetos humanos en la investigación.
  - (2) El emisor indica claramente a cada persona, o en el caso de un menor, al tutore legal de dicho menor, a quien se hace la solicitud que -
    - (a) cumplir con la solicitud es un acto voluntario y
    - (b) el no cumplir con la solicitud no tendrá ningún efecto sobre la inscripción o la cantidad de la prima o contribución.
  - (3) No se usará ninguna información genética recopilada o adquirida a tenor con esta subsección para la calificación, determinación de elegibilidad para la inscripción o para mantener dicha elegibilidad, las tarifas de las primas, o la emisión, renovación o reemplazo de una póliza o certificado .
  - (4) El emisor notifica al Secretario por escrito que éste realiza actividades conforme a la excepción que se dispone en esta subsección, incluida una descripción de dichas actividades.
  - (5) El emisor cumple con todas las condiciones dispuestas por el Secretario mediante reglamento para las actividades realizadas conforme a esta subsección.
- G. Ningún emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare solicitará, exigirá o comprará información genética para fines de calificación para una póliza.
- H. Ningún emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare solicitará, exigirá o comprará información genética con respecto a ninguna persona antes de que dicha persona se inscriba en la póliza en relación con dicha inscripción.
- I. Si un emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare obtiene información genética incidental a la solicitud, exigencia o compra de alguna otra información con respecto a alguna persona, dicha solicitud, exigencia o compra no se considerará como una violación de la subsección H si dicha solicitud, exigencia o compra no constituye una violación de la subsección G.
- J. Para los fines de esta Sección únicamente:
- (1) "Emisor de pólizas o certificados complementarios de Medicare " incluye a los terceros administradores u otra persona que actúa a nombre de dicho emisor.
  - (2) "Familiar" significa, con respecto a una persona, toda persona de parentesco de primer, segundo, tercer o cuarto grado con dicha persona.
  - (3) "Información genética" significa, con respecto a una persona, información acerca de las pruebas genéticas de dicha persona, las pruebas genéticas de sus familiares o la manifestación de alguna enfermedad o trastorno en los familiares de dicha persona. El término incluye, con respecto a una persona, toda solicitud o recibo de servicios genéticos, o participación en

la investigación clínica que incluye servicios genéticos, por parte de dicha persona o alguno de sus familiares. Toda referencia a la información genética relacionada con un apersona o familiar de ésta que sea una mujer embarazada incluye la información genética del feto que lleva dicha embarazada o con respecto a una persona o familiar que utiliza tecnología reproductiva, incluye información genética de todo embrión que esté en posesión legal de la persona o familiar. El término "información genética" no incluye información sobre el sexo o la edad de la persona.

- (4) "Servicios genéticos" significa una prueba genética, asesoría genética (incluido obtener, interpretar o evaluar la información genética), o educación genética.
- (5) "Prueba genética" significa el análisis del ADN, ARN, cromosomas, proteínas, o metabolitos humanos para detectar genotipos, mutaciones, o cambios cromosómicos. El término "prueba genética" no significa el análisis de proteínas o metabolitos en el que no se detecten genotipos, mutaciones, o cambios cromosómicos o un análisis de proteínas o metabolitos directamente relacionado a una enfermedad, trastorno, o condición patológica manifiesta que un profesional del cuidado de la salud podría detectar de manera razonable con el adiestramiento adecuado y pericia en el campo de la medicina correspondiente.
- (6) "Fines de calificación" significa,
  - (a) Las reglas de elegibilidad o la determinación de la misma (incluida la inscripción y la elegibilidad continuada) para los beneficios de esta póliza;
  - (b) El cómputo de las primas o las contribuciones de la póliza;
  - (c) La aplicación de alguna exclusión por una condición preexistente conforme a la póliza y
  - (d) Otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro médico o beneficios de salud.

Artículo 25. 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 26. Derogación

La presente Regla deroga lo siguiente:

Número	Título y materia	Fecha de aprobación
5452	Requisitos para el Seguro Complementario de Medicare	15 de julio de 1996

Artículo 27. Vigencia

Esta Regla entrará en vigor a los treinta (30) días de radicarse en el Departamento de Estado, conforme al artículo 2.8 de la Ley 170, del 12 de agosto de 1988, según enmendada.

SIGNED

Ramón L Cruz Colón
Comisionado de Seguros

Apéndice A

**FORMULARIO PARA CALCULAR DE REEMBOLSO DE PÓLIZA
COMPLEMENTARIA A MEDICARE PARA EL AÑO NATURAL _____**

TIPO¹ _____ SMSBP² _____

Para el Estado de _____ Nombre de la Compañía _____

Código Grupal NAIC _____ Código de la Compañía NAIC _____

Dirección _____ Persona que llena este documento _____

Título _____ Número de Teléfono _____

Línea		(a) Primas Devengadas ³	(b) Reclamaciones Incurridas ⁴
1.	Experiencia del Año Actual		
	a. Total (todos los años póliza)		
	b. Emisiones del año actual ⁵		
	c. Neto (para fines de informar = la - lb)		
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 intereses)		
5.	Previo desde el Comienzo (Excluye intereses)		
6.	Reembolsos Desde el Comienzo (Excluye intereses)		
7.	Índice de Referencia Desde el Comienzo (ver hoja de trabajo para el índice 1)		
8.	Índice de la Experiencia Desde el Comienzo Total de Reclamaciones Reales Incurridas (línea 3, col. b) ÷ Índice 2 Total de Primas Devengadas (línea 3, col. a) - Reembolso Desde el Comienzo (Línea 6)		
9.	Años de Vida Expuestos Desde el Comienzo Si el Índice de la Experiencia es menor que el Índice 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 de 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 es menor de 500, no hay credibilidad	

FORMULARIO DE CÁLCULOS DE REEMBOLSO DE COMPLEMENTARIA AL MEDICARE PARA EL AÑO NATURAL _____

TIPO¹ _____ SMSBP² _____

Para el Estado de _____ Nombre de la Compañía _____

Código Grupal NAIC _____ Código de la Compañía NAIC _____

Dirección _____ Persona que llena este documento _____

Título _____ Número de Teléfono _____

11.	Ajuste a las Reclamaciones incurridas para Credibilidad Índice 3 = Índice 2 + Tolerancia	

Si el Índice 3 es mayor que el Índice de Referencia (Índice 1), no se requiere un reembolso o crédito.
Si el Índice 3 es menor que el Índice de Referencia ("Benchmark"), entonces proceda.

12.	Reclamaciones Incurridas Ajustadas [Total de Primas Devengadas (renglón 3, col. a) - Reembolsos Desde el Comienzo (renglón 6)] x Índice 3 (renglón 11)	
13.	Reembolso = Total de Primas Devengadas (renglón 3, col. a) - Reembolso Desde el Comienzo (renglón 6) - Reclamaciones Incurridas Ajustadas (renglón 12) Índice de Punto de Referencia ("Benchmark") (Índice 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.

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

_____
Firma

_____
Nombre – Escriba a Maquinilla

_____
Título – Escriba a Maquinilla

_____
Fecha

1 Individual, grupal, Medicare Select individual o Medicare Select grupal solamente

2 "SMSBP"(por sus siglas en inglés) =Plan de Beneficios Estandarizado Complementario de Medicare ("Standardized Medicare Supplementary Beneficio 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 los Índices de Referencia ("Benchmark") del próximo año"

APÉNDICE B

FORMULARIO PARA INFORMAR
PÓLIZAS COMPLEMENTARIAS DE 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 de Medicare. La información será agrupada por tenedor de póliza individual.

Póliza y Certificado #	Fecha de Emisión

_____

Firma

_____

Nombre – Escriba a Maquinilla

_____

Título – Escriba a Maquinilla

_____

Fecha

FORMULARIO DE INFORME PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE REFERENCIA ("BENCHMARK") DESDE EL
COMIENZO PARA PÓLIZAS GRUPALES

PARA EL AÑO NATURAL _____

TIPO¹ _____

SMSBP² _____

Para el Estado de _____

Nombre de la Compañía _____

Código Grupal NAIC _____

Código de la Compañía NAIC _____

Dirección _____

Persona que llena este documento _____

Título _____

Número de Teléfono _____

(a)3	(b)4	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(l)	(o)5
Año	Primas Devengadas	Factor	(b)x(c)	Índice Cumulativo de Pérdidas	(d)x(e)	Factor	(b)x(g)	Índice Cumulativo de Pérdidas	(h)x(i)	Índice de Pérdidas 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):	

Índice de Referencia desde el Comienzo: $(1 + n) / (k + m)$: _____

1. Individual, Grupal, Medicare Select Individual, o Medicare Select Grupal Solamente.
2. "SMSBP" = Plan de Beneficio Uniforme Complementario de Medicare (Por sus siglas en inglés) - Utilice "P" para planes preestandarizados.
- 3 Año 1 es el año natural a cargo - 1. Año 2 es el año natural en curso - 2 (etc.) (Ejemplo: Si el año en curso es 1991, entonces: Año 1 es 1990; Año 2 es 1989, etc.)
4. Para el año natural en el renglón asignado en la columna (a), la prima devengada durante ese año para las pólizas emitidas en ese año.
- 5 Estos índices de pérdidas no se utilizan explícitamente al computar los índices de referencia ("benchmark"). Son la razones de pérdida, a base de año póliza, lo que resulta en los índices de pérdidas acumuladas que se despliegan en esta hoja de trabajo. Se presentan aquí únicamente con fines informativos.
6. Para incluir todas las primas devengadas antes del año 15 hasta ese año inclusive.

APÉNDICE C
DECLARACIONES DE DIVULGACIÓN

**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 Sección 1882(d) de la Ley Federal de Seguro Social (42 U.S.C. 1395ss) prohíbe la venta de una póliza de seguro de salud (el término póliza incluye el término certificado) que duplique los beneficios de Medicare a menos que pague beneficios sin tener en cuenta otra cubierta de salud e incluya la declaración de divulgación como parte de la solicitud o adjunta a esta.
2. Todos los tipos de pólizas de seguro de salud que dupliquen el Medicare incluirán en la solicitud o adjunta a esta una de las declaraciones de divulgación que se disponen en esta Regla, de acuerdo al tipo en particular de póliza. La declaración de divulgación no podrá variar de las declaraciones dispuestas en esta Regla en cuanto a lenguaje o formato (tipo, tamaño, espacio proporcional, carácter en negrilla, espacio de líneas, y utilización de bordes alrededor del texto).
3. La ley estatal y federal prohíbe que los aseguradores vendan una póliza complementaria a Medicare a una persona que ya tiene una póliza complementaria a Medicare salvo como reemplazo de la misma.
4. Las pólizas de seguro de propiedad/contingencia y de vida no son consideradas seguros de salud.
5. Las pólizas de ingreso por incapacidad no se consideran que proveen beneficios que

duplican a Medicare.

6. Las pólizas de cuidado prolongando no se consideran que proveen beneficios que duplican a Medicare.
7. La ley Federal no sustituye las leyes estatales que sean más estrictas que los requisitos federales.
8. La ley federal no sustituye los requisitos existentes de radicación de formularios del gobierno estatal.
9. En el inciso (d)(3)(A) se enmendó la Sección 1882 de la Ley de Seguro Social para permitir declaraciones de divulgación alternas. Las declaraciones de divulgación existentes del Apéndice C permanecen en vigor. Sin embargo, los aseguradores deben usar estas declaraciones o las alternas, pero no deben usar ambas a la vez.

[Divulgación original 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

Este seguro no es un Seguro Complementario de 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 de 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
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes de Comprar Este Seguro

- ✓ Coteje la cubierta de todas las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
- ✓ Para más información sobre Medicare y el Seguro Complementario de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP]a.

[Divulgación original para pólizas que proveen beneficios para servicios limitados específicos]

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

Este seguro no es un seguro Complementario de 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 Medicare y no es un sustituto para seguro Complementario de 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
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

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

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

Este seguro no es un seguro Complementario de 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 de 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
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación original para pólizas que pagan cantidades fijas en dólares para enfermedades específicas u otros daños determinados. Esto incluye cáncer, enfermedad específica y otras pólizas de seguros de salud que pagan beneficios preestablecidos o un pago específico basado en el diagnóstico de las condiciones nombradas en la póliza.]

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

Este seguro no es un seguro Complementario de 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 de 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
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación original para pólizas de indemnización y otras pólizas que pagan una cantidad fija en dólares por día, excluyendo las pólizas de cuidado extendido]

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

Este seguro no es un seguro Complementario de Medicare

Este seguro paga una cantidad fija en dólares, independientemente de 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 de Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

- algunos gastos o servicios cubiertos por la póliza son también cubiertos por Medicare

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
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación original para pólizas que proveen beneficios para gastos incurridos y a base de indemnización fija]

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

Este seguro no es un seguro Complementario de 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 de 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
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[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

Este seguro no es un Seguro Complementario de 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 de 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
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

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

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE: ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

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 de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todo estos gastos.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes de Comprar Este Seguro

- ✓ Coteje la cubierta de **todas** las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
- ✓ Para más información sobre Medicare y el Seguro Complementario de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP]a.

[Divulgación alterna para pólizas que proveen beneficios para servicios limitados específicos]

**AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE**

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza

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 Medicare y no es un sustituto para seguro Complementario de Medicare.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

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

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

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 de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación alterna para pólizas que pagan cantidades fijas en dólares para enfermedades específicas u otros daños determinados. Esto incluye cáncer, enfermedad específica y otras pólizas de seguros de salud que pagan beneficios preestablecidos o un pago específico basado en el diagnóstico de las condiciones nombradas en la póliza.]

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

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 de Medicare.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación alterna para pólizas de indemnización y otras pólizas que pagan una cantidad fija en dólares por día, excluyendo las pólizas de cuidado extendido]

**AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE**

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

Este seguro paga una cantidad fija en dólares, independientemente de sus gastos para cada día que usted cumple con otras condiciones de la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro Complementario de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

[Divulgación alterna para pólizas que proveen beneficios para gastos incurridos y a base de indemnización fija]

**AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE**

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

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 de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].

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

**AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE**

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

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 de Medicare.

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

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- [medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D]
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico [SHIP].