



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

29 de octubre de 1991

CARTA NORMATIVA N-AV-I-10-43-91

A TODOS LOS ASEGURADORES DE INCAPACIDAD, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD, SOCIEDADES FRATERNAS BENEFICAS Y COOPERATIVAS DE SEGUROS QUE SUSCRIBAN RIESGOS DE INCAPACIDAD Y ASOCIACIONES DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y/O MEDICO-QUIRURGICOS CON FINES NO PECUNARIOS, AUTORIZADAS EN PUERTO RICO

Por la presente, se les notifica que en virtud de la Ley Federal "Omnibus Reconciliation Act" de 1987, según enmendada en 1990 (OBRA 1990) (P.L. 100-203), las siguientes disposiciones serán efectivas a partir del 5 de noviembre de 1991, hasta que entre en vigor la enmienda de la Regla L- Requisitos Para el Seguro Complementario a los Beneficios Que Ofrece el Programa Federal de Servicios de Salud Para Personas de Edad Avanzada "Medicare", que incluirá dichas disposiciones:

1) No Duplicidad de Cubierta

OBRA 1990 hace más estrictas las disposiciones de no duplicidad al prohibir cualquier tipo de duplicidad. Por ejemplo, bajo la ley actual, un asegurador no podrá vender una póliza de seguro de salud a un beneficiario de "Medicare" que duplique sustancialmente la cubierta actual, excepto para pólizas que no coordinen beneficios y para pólizas grupales y planes de uniones de obreros o de patronos.

En OBRA 1990 se elimina la palabra "sustancialmente" y se elimina la excepción para las pólizas que no coordinen beneficios. Las nuevas disposiciones prohíben la venta de una póliza complementaria a "Medicare" a un individuo que ya tenga otra póliza de seguro de salud que provea cubierta para cualesquiera de los mismos beneficios. Esto puede incluir cubierta bajo una póliza de cáncer, una póliza de indemnización de hospitalización, una póliza de seguro de cuidado a largo plazo, o beneficios para las personas retiradas suplidos por un patrono, u otra póliza complementaria al "Medicare". Lo contrario es también cierto -- la venta de una póliza de seguro de salud sería

prohibida si ésta duplica la cubierta de una póliza complementaria al Medicare. OBRA 1990 también requiere a los aseguradores requerir a los solicitantes el contestar ciertas preguntas sobre su cubierta actual en el formulario de solicitud.

2) Elegibilidad de "Medicare"

OBRA 1990 requiere a los aseguradores que suspendan los beneficios de seguro a petición del tenedor de póliza mientras el tenedor de póliza tenga derecho a los beneficios que existen bajo "Medicaid". Los aseguradores tienen que reinstalar estos beneficios de seguro a petición cuando ese derecho termina. Un aviso sobre estos derechos tiene que ser incluido en el formulario de solicitud y tiene que estar disponible en el certificado o en la póliza.

3) Requisito de Aumento de Razón de Pérdidas

OBRA 1990 aumenta la razón de pérdidas estándar para las pólizas individuales complementarias a Medicare, requiere el reembolso de primas o créditos y requiere que se comuniquen la información sobre la razón de pérdidas. Bajo OBRA 1990, las pólizas complementarias a "Medicare" individuales tienen que cumplir con un estándar de razón de pérdidas esperada de un 65%. El estándar grupal continúa en un 75%.

OBRA 1990 también requiere a los aseguradores que emitan reembolsos o créditos a los tenedores de póliza para las pólizas (y los certificados) emitidos después del 5 de noviembre de 1991 si la razón de pérdidas no cumple con las normas estándares. Los aseguradores necesitarán segregar la experiencia de reclamaciones para las pólizas y los certificados que sean emitidos después de esta fecha para demostrar cumplimiento con los requisitos de la razón de pérdidas y de reembolsos.

4) Registro Abierto

OBRA 1990 requiere a los aseguradores a que ofrezcan un registro abierto de 6 meses a los beneficiarios del Medicare que tienen 65 años o más de edad. El período de 6 meses comienza en la fecha en que el beneficiario se registra por primera vez en "Medicare". Obra 1990 prohíbe a los aseguradores el denegar o condicionar la cubierta de seguro complementario a "Medicare" (incluso a discriminar en cuanto a precio) a base del estado de salud, experiencia de reclamaciones, condición médica del solicitante o utilización del cuidado médico durante los primeros seis meses en que un beneficiario (mayor de 65 años de edad) se

registra por primera vez en la Parte B de "Medicare". Los aseguradores pueden, sin embargo, aplicar el mismo período de exclusión para condiciones preexistentes que aparecen en las pólizas de registro no abierto. Al parecer algunos aseguradores están bajo la impresión de que ellos pueden cumplir con esta disposición creando pólizas especiales de "registro abierto", otros aseguradores están bajo la impresión de que ellos pueden desarrollar aditamentos restrictivos especiales (tal como un aditamento de exclusión de condición preexistente) que apliquen solamente a las pólizas emitidas durante el período de registro abierto. Estos acercamientos parecen violar el requisito de OBRA 1990 de que todas las pólizas estén disponibles en una base no discriminatoria a los nuevos beneficiarios de "Medicare" durante el período de 6 meses.

5) Requisitos de Condición Preexistente

OBRA 1990 incorpora sustancialmente las normas estándares del Modelo de NAIC sobre las exclusiones de condición preexistentes en la ley federal.

A estas directrices se le deberá dar estricto cumplimiento.

Atentamente,



Miguel A. Villafañe Neriz
Comisionado de Seguros