



12 de julio de 2011

CARTA NORMATIVA NÚM. : 2011-128-AV

A TODOS LOS ASEGURADORES DE INCAPACIDAD Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO

DIVULGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS AUMENTOS EN LAS TARIFAS DE LOS PLANES MÉDICOS

Estimados señoras y señores:

A tenor con la Sección 2794 del "Public Health Service Act", según enmendada por la Sección 1003 de la Ley Federal "Patient Protection and Affordable Care Act" (Ley PPACA), los aseguradores de incapacidad y organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos en Puerto Rico están obligados a presentar ante la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), para su revisión y aprobación, todo aumento de tarifas igual o mayor al diez por ciento (10%) sobre la tarifa actual, y que sea efectiva a partir del 1ro de septiembre de 2011. Este requisito de presentación de tarifas, previo a su implementación, aplica a contratos del mercado individual y a los contratos de grupos pequeños¹ que no tengan el estatus de plan protegido "grandfathered".

Este requisito tiene el propósito de que la OCS pueda determinar si el aumento en tarifa propuesto es irrazonable. Se entenderá por "irrazonable" aquel aumento que resulte en tarifas excesivas, inadecuadas o discriminatorias, a tenor con los Artículos 11.120(7) y 19.080(2)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico.

- I. Para propósitos de esta carta normativa los siguientes términos tendrán el significado especificado a continuación:
 1. Grupo pequeño- significa toda persona, firma, corporación, sociedad con o sin fines de lucro que haya empleado durante al menos el cincuenta por ciento (50%) de los días laborables del año natural anterior, por lo menos dos

¹ Aplicará a contratos de grupos pequeños cuando el aumento en tarifas obedece a actos unilaterales del asegurador.

(2), pero no más de cincuenta (50) empleados. En el caso de patronos de nueva creación, se considerará la cantidad de empleados que tenga al momento de hacer la solicitud del plan médico.

2. Mercado individual- mercado para planes médicos ofrecidos directamente a individuos que no están vinculados a un plan médico grupal.
3. Plan médico-significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con un asegurador o una organización de servicios de salud, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base pre-pagada, mediante el cual la organización de servicios de salud o asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.
4. Prima- significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador u organización de servicios de salud como condición para recibir los beneficios de un plan médico.
5. Producto- conjunto de beneficios de cubierta de plan médico para los cuales un asegurador u organización de servicios de salud utiliza metodologías de tarifación y precio.
6. Tarifa- Elemento o factor que forma la base para determinar la prima. Es el precio base calculado para los beneficios de salud tomando en consideración el costo de los servicios médicos, gastos administrativos y el remanente de la prima luego de cubrir los servicios médicos y los gastos administrativos.

II. Tarifas sujetas a la aprobación de la OCS

Todo asegurador u organización de servicios de salud deberá presentar ante la OCS para su aprobación:

1. Toda tarifa que conlleve un aumento de diez por ciento (10%) o más sobre la tarifa actual.
2. El aumento de diez por ciento (10%) en tarifas aplica a aumentos en una sola tarifa o múltiples aumentos en tarifas menores del diez por ciento (10%), realizados en los últimos doce (12) meses anteriores y que al acumularse suman un total de diez por ciento (10%) o más.

Al momento de determinar cuándo un aumento en tarifa está sujeto a revisión, el aumento se considerará a nivel de producto. A pesar de esto, un asegurador u organización de servicios de salud con múltiples productos sujetos a revisión, puede someter una justificación combinada, siempre y cuando, la experiencia de los productos combinados sea utilizada para calcular los aumentos en tarifa y tales aumentos sean iguales para todos los productos. Si el aumento en tarifa para todos los productos alcanza o excede el diez por ciento (10%) establecido, se entenderá que el aumento en tarifa debe ser presentado para la evaluación de la OCS. Para estos fines, se deberá utilizar la siguiente fórmula:

$$\text{Promedio Ponderado} = \frac{\sum(A \times B)}{C}$$

Donde:

A= Aumentos en tarifas de determinada categoría de asegurados o suscriptores

B =Número de asegurados o suscriptores afectados en esa categoría

Σ = Sumatoria del producto de A x B para cada categoría; y

C = Total de asegurados o suscriptores afectados

Los aumentos en tarifas menores de diez por ciento (10%) no tendrán que ser presentados para aprobación, excepto según se dispone en esta sección o en el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico.

III. Presentación de las tarifas para aprobación

La presentación de las tarifas sujetas a la aprobación de la OCS debe hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación a la fecha de efectividad y debe incluir una justificación preliminar que contenga la información que se incluye en el Anejo A. Al expirar dichos sesenta (60) días, el aumento en tarifa presentado se considerará aprobado, a menos que fuere afirmativamente desaprobado por la OCS por determinarse irrazonable.

La Justificación Preliminar será sometida en formato de Excel usando la hoja modelo del "Health Insurance Oversight System (HIOS)" que se incluye en el Anejo B.

IV. Implantación de aumentos irrazonables

Ningún asegurador u organización de servicio de salud podrá implementar un aumento en tarifas que ha sido desaprobado por la OCS por considerarse irrazonable.

V. Exclusiones-Las siguientes tarifas por concepto de planes médicos no estarán sujetas a la revisión de la OCS:

1. Plan médico protegido por el estatus de “grandfathered”;
2. Plan médico de patronos con cincuenta y un (51) empleados o más;
3. Plan médico provisto para retirados solamente;
4. Tarifas correspondientes al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, según creado por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada;
5. Tarifas correspondientes a los planes médicos bajo la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, conocida como “Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos”;
6. Tarifas correspondientes al seguro emitido por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, según creado por la Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, conocida como “Ley de Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo”, 11 L.P.R.A. §§1 Et seq;
7. Tarifas correspondientes al Programa Medicare Advantage creado por el Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act, 117 STAT.2066;
8. Tarifas correspondientes a los planes médicos organizados bajo el “Employee Retirement Income Security Act” (ERISA), 88 STAT.829 y el Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA), 100 STAT.82;
9. Tarifas correspondientes a planes médicos producto de negociaciones colectivas con patronos gubernamentales o privados;
10. Tarifas relacionadas con beneficios denominados beneficios exceptuados “excepted benefits”, los cuales incluyen:
 - a. Cubiertas para accidentes solamente, seguro de ingreso por incapacidad o cualquier combinación de estos;
 - b. Cubiertas emitidas como complementarias a seguros de responsabilidad;
 - c. Seguro de responsabilidad, incluyendo seguro de responsabilidad general y seguro de responsabilidad civil;
 - d. Seguro de compensación empleados (“Workers Compensation”) o cualquier otro seguro similar;
 - e. Cubiertas de pagos médicos de automóvil;

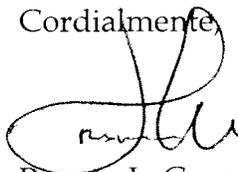
- f. Seguro de crédito solamente;
 - g. Cubiertas limitadas a clínicas "on-site";
 - h. Cubiertas dentales o de visión con beneficios limitados;
 - i. Cubiertas con beneficio de cuidado a largo plazo "Long Term Care", "Nursing Home Care", "Home Health Care", "Community-Based Care" o cualquier combinación de éstas;
 - j. Cubiertas solamente para enfermedades específicas;
 - k. Cubiertas de indemnización por hospitalización o cualquier otro seguro de indemnización;
 - l. Cubiertas Complementarias de Medicare, según se definen en la Sección 1882(g)(1) del Social Security Act, cubiertas suplementarias provistas bajo la Sección 1071-1110a de las leyes de los Estados Unidos y cualquier otra cubierta similar bajo un plan grupal, y
 - m. Cualquier otra cubierta similar en donde los beneficios de cuidado médico sean secundarios o incidentales a los beneficios de otra cubierta;
11. Tarifas correspondientes a cualquier otro plan médico cuyo emisor no esté bajo la jurisdicción de la OCS.

Esta carta normativa no tiene el propósito de dejar sin efecto ninguna disposición del Código de Seguros de Puerto Rico. Por lo tanto, el requisito de inscripción de tarifas, ante la OCS, establecido en el Artículo 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 1908(2)(a) debe ser cumplido por todas las organizaciones de servicios de salud.

De tener alguna duda o pregunta referente a esta carta normativa, favor de comunicarse con la División Actuarial, al 787-304-8686 ext. 4100.

Se requiere el cumplimiento estricto con lo aquí dispuesto.

Cordialmente,



Ramon L. Cruz-Colón, CPCU, ARe, AU
Comisionado de Seguros

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA JUSTIFICACIÓN PRELIMINAR

- I. Este documento contiene las instrucciones para completar la justificación preliminar que todo asegurador u organización de servicios de salud debe incluir en la presentación ante la OCS de un aumento en tarifa que conlleve un aumento de diez por ciento (10%) o más sobre la tarifa actual. Esta justificación preliminar también debe ser sometida al Centers for Medicare & Medicaid Services (“CMS” por sus siglas en inglés) en la misma fecha en que se somete a la OCS.

La Justificación Preliminar comprende dos partes y se deben completar para todo aumento en tarifa que requiera su presentación ante la OCS:

1. Resumen del aumento en tarifas
2. Explicación por escrito del aumento en tarifas

Si el aumento en tarifas alcanza o excede el diez por ciento (10%) con respecto a varios productos, el asegurador u organización de servicios de salud podrá presentar una sola Justificación Preliminar para esos productos, siempre y cuando:

- a. se haya acumulado la experiencia de todos los productos en conjunto para calcular el aumento en tarifas y
- b. el aumento en tarifas es igual para todos los productos combinados.

Se radicarán Justificaciones Preliminares por separado para los productos que no cumplan con los dos criterios antes expresados.

II. Instrucciones para completar la Parte 1 de la Justificación Preliminar

A. Información General

Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud usarán la hoja de trabajo estándar de Excel (versión 2010 o anterior), que se incluye en el Anejo B para completar la Parte 1 de la Justificación Preliminar (Resumen del aumento en tarifas).

En las Secciones A y B de la hoja de trabajo se requiere que los aseguradores y organizaciones de servicios de salud provean información histórica (“Base Period”) y proyectada sobre la experiencia de reclamaciones (“Projection Period”):

- Datos del Período Base (“Base Period Data”): Los datos del período base son los datos usados para calcular las proyecciones en la hoja de trabajo. Esta sección se debe completar usando los mismos datos que se utilizaron para desarrollar el aumento en las tarifas y/o preparar cualquier otra radicación requerida por ley.
- Datos del Período de Proyección (“Projection Period”): Los costos permitidos para las tarifas propuestas se proyectan en dos pasos, partiendo del período base hacia el período de proyección.

En la Sección B1. se proyectan los costos permitidos desde el período base hasta el período de 12 meses que precede la fecha de vigencia del cambio de las tarifas propuestas, a base de supuestos actualizados sobre los precios.

En la Sección B2. se proyectan los costos permitidos desde el período de proyección para la tarifa actual, hasta el período de proyección que representan las fechas de vigencia de las tarifas propuestas. Los períodos de proyección son los períodos de 12 de meses inmediatamente antes y después de la fecha de vigencia del aumento propuesto.

Se calcula la tendencia usando un factor de tendencia médica general a base de la información sobre reclamaciones registrada en el período base. Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deberán registrar un factor de tendencia médica general para las reclamaciones en cada una de las categorías de servicio provistas en la hoja de trabajo. El factor de tendencia médica general debe reflejar todos los costos de asegurador u organización de servicios de salud, la utilización, los cambios en los beneficios cubiertos y otros supuestos sobre tendencias para los períodos de proyección.

Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud usarán las siguientes definiciones para la información incluida por categoría de servicio en la hoja de trabajo:

- Pacientes ingresados (“Inpatient”): Incluye gastos no per cápita para las instalaciones médicas, quirúrgicas, de maternidad, de salud mental, de abuso de sustancias, de enfermería diestra y otros para pacientes ingresados.
- Pacientes ambulatorios (“Outpatient”): Incluye gastos no per cápita para las instalaciones quirúrgicas, de sala de emergencia, laboratorios, radiología, observación y otras instalaciones para pacientes ambulatorios.

- Costos profesionales (“Professional”): Incluye el cuidado primario no per cápita, atención de especialistas, terapia, el componente profesional de los laboratorios y radiología y otros servicios profesionales.
- Medicamentos recetados (“Prescription Drugs”): Incluye medicamentos despachados por una farmacia.
- Otros (“Other”): Incluye servicios no capitados de ambulancia, cuidado de la salud en el hogar, equipo médico duradero (DME), prótesis, suministros y otros.
- Pago Per Cápita (“Capitation”): Incluye el pago por persona por mes que contempla la remuneración por servicios de laboratorio, servicios profesionales, servicios de salud mental y otros servicios capitados.

B. Descripción de los Datos de la Hoja de Trabajo

Sección A: Datos del Período Base (“Base Period Data”)

- Datos del Período Base- Fechas Iniciales y Finales (“Base Period”- “Start and End Dates”): anote las fechas iniciales y finales del período base en el formato “MM/DD/AAAA”.
- Miembro/Mes (“Member/Month”): anote la cantidad total de miembros por mes en el período base para cada categoría de servicio.
- Total de Costos Permitido (“Total Allowed Cost”): anote las reclamaciones incurridas para el período base desglosadas por categoría de servicio, incluyendo los estimados de reclamaciones por pagar. El total de costos permitidos se calcula automáticamente.
- Costo Compartido por Miembros (“Member’s Cost Sharing”): se calcula automáticamente por categoría de servicio, para las reclamaciones totales permitidas.
- Reclamaciones Netas (“Net Claims”): anote las reclamaciones incurridas para el período base desglosadas por categoría de servicio, incluyendo los estimados de reclamaciones por pagar y el neto del costo compartido por miembros. El total de reclamaciones netas en dólares se suma automáticamente.

- Costo Compartido por Miembro por Mes (“Member Cost Share Per Member Per Month (PMPM)”): se calcula automáticamente, por categoría de servicio y en total, a base del costo compartido por los miembros en dólares y miembro/mes.
- PMPM Neto (“Net PMPM”): se calcula automáticamente, por categoría de servicio y en total, a base de las reclamaciones netas y miembro/ mes.
- PMPM Permitido (“Allowed PMPM”): se calcula automáticamente por categoría de servicio y en total a base de dólares permitidos y miembro/mes.

Sección B: Proyecciones de Reclamaciones (“Claims Projections”)

B1. Ajuste de la Tarifa Actual (“Adjustment to the Current Rate”)

En esta sección se proyectan los costos permitidos desde el período base hasta el período de proyección para la tarifa actual a base de supuestos actualizados sobre los precios.

- Fechas Iniciales y Finales (“Start and End Dates”): anote la fecha inicial del período de proyección de la tarifa actual, la cual es la fecha 12 meses anterior a la fecha de vigencia del aumento propuesto en las tarifas. Anote la fecha final del período de proyección de la tarifa actual, la cual es el día antes de la fecha de vigencia del cambio propuesto en las tarifas. Las fechas se anotarán en el formato “MM/DD/AAAA”.
- Tendencia General (“Overall Medical Trend”): anote el factor de tendencia médica general para cada categoría de servicio en el formato “1.xxx”.
- PMPM Permitido Proyectado (“Projected Allowed Claims PMPM”): se calcula automáticamente por categoría de servicio como el producto del PMPM permitido del período base y la tendencia general de las reclamaciones en esta sección (período de proyección para la tarifa actual).
- Costo Compartido por Miembro (“Member Cost Share”): anote el promedio de los costos compartidos por todos los miembros para el período de proyección de la tarifa actual (por ejemplo, deducibles, copagos, y coaseguro) por categoría de servicio usando el formato

“.xxx”. Este factor se utiliza para calcular las reclamaciones netas PMPM a base del PMPM proyectado.

El factor del total de los costos compartidos por los miembros se calcula automáticamente como 1 menos la razón (“ratio”) entre las reclamaciones netas PMPM y el total PMPM permitido proyectado.

- Reclamaciones Netas PMPM (“Net Claims PMPM”): se calcula automáticamente por categoría de servicio a base de PMPM permitido proyectado y costo compartido por los miembros PMPM. El total de las reclamaciones netas PMPM se suma automáticamente.

B2. Proyección de Reclamaciones para Tarifas Futuras (“Claim Projection for the Future Rates”)

En esta sección se proyecta la experiencia de las reclamaciones desde el punto medio del período de proyección para la prima actual hasta el punto medio del período de proyección de la prima futura.

- Período de Proyección para la Tarifa Futura-Fecha Inicial y Final (“Projection Period for Future Rate- Start and End Dates”): anote la fecha de vigencia de las tarifas propuestas, *por ejemplo*, “1/1/2012”. La fecha final debe ser exactamente un año después de la fecha inicial.
- Tendencia General (“Overall Medical Trend”): anote el factor de tendencia médica general para cada categoría de servicio en el formato “1.xxx”.
- PMPM Permitido Proyectado (“Projected Allowed PMPM”): se calcula automáticamente por categoría de servicio como el producto del PMPM permitido de la tarifa actual y la tendencia general de las reclamaciones en esta sección (período de proyección para la prima futura).
- Costo compartido por miembros (“Member’s Cost Share”): anote el promedio de los costos compartidos por todos los miembros para el período de proyección de la tarifa futura (*por ejemplo*, *deducibles*, *copagos*, *y coaseguro*) por categoría de servicio usando el formato “.xxx”. Este factor se usa para calcular las reclamaciones netas PMPM a base del PMPM permitido proyectado.

El factor del total de los costos compartidos por los miembros se calcula automáticamente como 1 menos el coeficiente de reclamaciones netas PMPM dividido entre el total PMPM permitido proyectado.

- Reclamaciones Netas PMPM (“Net Claims PMPM”): se calcula automáticamente por categoría de servicio a base de PMPM permitido proyectado y costo compartido por los miembros PMPM. El total de las reclamaciones netas PMPM se suma automáticamente.

B3. Desglose de la Tendencia Médica (“Medical Trend Breakout”)

Para el impacto de tendencia médica, estime las proporciones de tendencia atribuible a cada uno de; (1) cambios de costo unitario, (2) cambios de utilización, y (3) todos los otros componentes de tendencia combinada. Estos campos deben sumar a uno.

Sección C: Componentes de las Tarifas Actuales y Futuras (“Components of Currents and Future Rates”)

En esta sección se recopila información sobre las reclamaciones netas, los componentes administrativos y de ganancias o pérdidas de suscripción y tarifas futuras. Los componentes administrativos y de ganancias o pérdidas de suscripción se informarán en una manera cónsona con la definición de estos términos que se usa en las radicaciones e informes financieros.

Tarifas Futuras (“Future Rates”)

- Línea 1 -Reclamaciones Netas Proyectadas (“Projected Net Claims”): se completa a base de la cantidad de reclamaciones netas anotada en la Sección B2.
- Línea 2 - Gastos administrativos (“Administrative Cost”): anote los gastos administrativos estimados para la tarifa futura.
- Línea 3 - Ganancia/Pérdida de Suscripción (“Underwriting Gain/Loss”): anote el estimado de la ganancia/pérdida para la tarifa futura.
- Línea 4 - Total de la Tarifa (“Total Rate”): se calcula automáticamente como la suma de las líneas 1 al 3.

- Línea 5 -Aumento General en Tarifas (“Overall Rate Increase”): se calcula automáticamente.
- Porcentaje de Tarifa (“Percentage of Rate”) (Línea 1-4): se calcula automáticamente.

Estimado Anterior de la Tarifa Actual (“Prior Estimate of Current Rate”)

Complete estos campos con las reclamaciones netas PMPM y gastos proyectados PMPM no relacionados con reclamaciones, a base de los supuestos para formular precios en la radicación previa para la tarifa actual.

- Línea 1 - Reclamaciones Netas Proyectadas (“Projected Net Claims”): anote el estimado de las reclamaciones netas que se indicó en la radicación previa de la tarifa.
- Línea 2 - Gastos Administrativos (“Administrative Costs”): anote el estimado previo de los costos administrativos estimados para la tarifa futura.
- Línea 3- Ganancia/pérdida de suscripción (“Underwriting Gain/Loss”): anote el estimado previo de la ganancia/pérdida para el período de la tarifa actual.
- Línea 4 - Total de la tarifa (“Total Rate”): se calcula automáticamente como la suma de los renglones 1 al 3.
- Porcentaje de la tarifa (“Percentage of Rate”)(Líneas 1-4): se calcula automáticamente.

Diferencia (“Difference”)

Estos campos se calculan automáticamente.

Sección D: Componentes de los Cambios en las Reclamaciones Médicas (“Components of Medical Claims Changes”)

En esta sección se muestra la diferencia entre la tarifa proyectada y la tarifa actual reflejada en las reclamaciones médicas.

- Línea 1- Pacientes ingresados (“Inpatient”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para pacientes ingresados

anotado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones netas de pacientes ingresados en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).

- Línea 2- Pacientes ambulatorios (“Outpatient”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para pacientes ambulatorios reportado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones netas de pacientes ambulatorios en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).
- Línea 3 - Profesional (“Professional”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para los costos profesionales reportado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones netas por costos profesionales en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).
- Línea 4 - Medicamentos recetados (“Prescription Drugs”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para los medicamentos recetados reportado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones neta de medicamentos recetados en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).
- Línea 5 - Otros (“Other”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para otros reportado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones netas para otros anotado en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).
- Línea 6 - Pago Per Capita (“Capitation”): se calcula automáticamente como el producto de la tendencia general para el pago per cápita reportado en la Sección B2. (el período de proyección para la tarifa futura) menos 1 y la cantidad de reclamaciones netas para el pago per cápita reportado en la Sección B1. (el período de proyección para la tarifa actual).

- Línea 7 -Cambio en el costo compartido (“Cost Share Change”): se calcula automáticamente sumando los productos de:
 - la diferencia entre las cantidades de costos compartidos reportadas en las Secciones B2. y B1. (los períodos de proyección para las tarifas actuales y futuras) para cada categoría de servicio, y
 - la cantidad de reclamaciones netas reportada en la Sección B2. para cada categoría de servicio.
- Línea 8 - Corrección del Estimado Previo de las Reclamaciones Netas (“Correction of Prior Net Claims Estimate”): se calcula automáticamente a base de la diferencia entre las Secciones 8b y 8a.
 - Línea 8a- Estimado Previo de las Reclamaciones para el Período de Prima Actual (“Prior Net Claims Estimate for Current Rate Period”): se anota el estimado previo indicado en la línea 1 de la Sección C.
 - Línea 8b -Estimado Recalculado de Reclamaciones Netas PMPM para el Período de Prima Actual (“Re-Estimate of Net Claims PMPM for Current Rate Period”): se anota el total de reclamaciones netas PMPM para el período de proyección para la tarifa actual según se indica en la Sección B1.
- Línea 9- Total: se calcula automáticamente como la suma de las líneas 1-8.

Sección E: Lista del Promedio Anual de Cambios de Tarifas Solicitados e Implementados en los Pasados Tres Años Naturales (“List of the Annual Average Rate Changes Requested and Implemented in the Past Three Calendar Years”)

Para los pasados tres (3) años naturales:

- Anote “sí”, “no” o “nuevo”. El término “nuevo” se refiere a que el producto no existía en el año en específico o que el producto estaba en su primer año y no hubo un aumento en tarifas.
- Anote el aumento promedio en tarifas que fue presentado para aprobación para el(los) producto(s).

- Anote el aumento promedio en tarifas que se implementó para este producto.
- Complete con un cero (0) numérico todos los campos en la Sección E donde no han ocurrido aumentos en tarifas.

Sección F: Magnitud y Alcance de los Cambios en las Tarifas debido al Aumento en las Tarifas (“Range and Scope of Premium Changes Due to Rate Increase”)

- Cantidad de Personas Cubiertas (“Number of Covered Individuals”): anote la cantidad de personas cubiertas a la fecha de vigencia del aumento.
- Aumento en Tarifas Mínimo y Máximo (“Minimum and Maximum Rate Increases”): anote el porcentaje mínimo y máximo de aumento en tarifa. Un cambio en la cantidad de aportación patronal no se considerará un aumento en tarifa.

III Instrucciones para completar la Parte 2 de la Justificación Preliminar

Provea una descripción breve en lenguaje sencillo de las razones por las cuáles el asegurador u organización de servicios de salud solicita este aumento en las tarifas. Esta explicación deberá ayudar además a los consumidores a interpretar la información provista en la Parte 1 de la justificación preliminar. De igual manera, identificará y explicará los factores claves que dan pie al aumento en las tarifas, según se indica en la Parte 1 de la justificación preliminar. Por ejemplo, si se informa que los costos de los pacientes ingresados son el factor principal del aumento en las tarifas, la explicación escrita deberá describir por qué los costos de los pacientes ingresados están aumentando.

La explicación incluirá información sobre los siguientes componentes relacionados con el aumento en las tarifas:

- El alcance y la magnitud del aumento en las tarifas (“Scope and Range of the Rate Increase”): provea la cantidad de personas que se verán afectadas por el aumento en las tarifas. Explique toda variación en el aumento entre las personas afectadas, como por ejemplo cómo un cambio en la estructura tarifaria afecta las primas.

- La experiencia financiera del producto (“Financial Experience of the Product”): describa la experiencia financiera general del producto, incluyendo la información histórica resumida sobre primas devengadas, gastos de reclamaciones y ganancias. Discuta cómo el aumento en las tarifas afectará la experiencia financiera proyectada del producto.
- Cambios en los costos de servicios médicos (“Changes in Medical Services Costs”): describa cómo los cambios en los costos de servicios médicos afectan el aumento general en las tarifas. Discuta los cambios en costos y utilización, además de todos los demás factores pertinentes que tienen un impacto en los costos de los servicios en general.
- Cambios en los beneficios (“Changes in Benefits”): describa los cambios en los beneficios y explique cómo los cambios afectan el aumento en las tarifas. Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deberán explicar si los cambios de beneficios en cuestión se requieren por ley.
- Gastos administrativos y ganancias previstas (“Administrative Costs and Anticipated Profits”): identifique los factores principales que afectan los cambios en los gastos administrativos. Discuta el impacto sobre el aumento en las tarifas que tienen los cambios previsibles en los gastos administrativos y ganancias.

No hay ningún formulario estandarizado para la Parte 2 de la justificación preliminar, pero se espera que los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud cubran los renglones antes indicados en sus radicaciones. La declaración escrita se radicará en el formato Microsoft Word (versión 2010 o anterior)

La Parte 2 de la justificación preliminar también deberá incluir la siguiente información:

1. Descripción del tipo de póliza o contrato, beneficios, capacidad de renovación, método de mercadeo general y límites de edad para la suscripción.
 - a. Nombre de la compañía de seguros u organización de servicios de salud
 - b. Código de la compañía en el NAIC
 - c. Persona contacto y su título
 - d. Número de teléfono y correo electrónico de la persona contacto

- e. Fecha de radicación
- f. Fecha de vigencia propuesta
- h. Número del formulario/ producto
- j. Tipo de mercado (Individual/Grupo pequeño)
- k. Clasificación: Bloque abierto o cerrado
- l. Descripción breve:
 - Tipo de póliza o contrato
 - Beneficios
 - Capacidad de renovación
 - Método general de mercadeo
 - Método de suscripción
 - Clasificaciones de tarifas
 - Edad base y edad de emisión

2. Alcance y motivo del aumento en las tarifas.

3. Prima anual promedio por póliza o contrato, antes y después del aumento en las tarifas.

- a. Descripción breve de aumentos anteriores en las tarifas
- b. Descripción del aumento propuesto en dólares

4. Experiencia pasada y toda otra información alterna o adicional utilizada.

- a. Cantidad de tenedores de pólizas o contratos
- b. Cantidad de vidas cubiertas
- c. Total de primas suscritas
- d. Período de evaluación, período de experiencia, período de proyección
- e. Experiencia pasada, que incluye:

- La razón de pérdidas acumulada (Histórica/Pasada)
 - Toda información alterna sobre la experiencia
 - f. Análisis de credibilidad
 - g. Reclamaciones incurridas pero no informadas (IBNR)
 - h. Reservas contractuales
5. Una descripción de cómo se determinó el aumento en las tarifas, incluida una descripción general y la fuente de cada supuesto.
- a. Gastos
 - Ganancias y contingencias
 - Comisiones y honorarios de productores
 - Impuestos, cuotas de licencias y derechos
 - Gastos generales
 - Otros gastos administrativos
 - Reaseguro
 - b. Impacto de cambios en las leyes, incluidos los beneficios mandatorios
 - c. Impacto global en las primas del aumento propuesto:
 - Prima promedio anual por póliza o contrato
 - Antes y después del aumento en las tarifas
 - d. Relación descriptiva entre la escala de tarifas propuesta y la escala de tarifas actual
 - e. Base de las primas
 - Descripción breve de cómo se determinaron las tarifas revisadas, incluyendo lo siguiente:
 - i. Descripción general

ii. Fuente de cada supuesto

- Para los gastos, incluir:

i. Por ciento de primas

ii. Dólares por póliza/contrato o dólares por unidad de beneficios o todos

- Supuestos sobre tendencias
- Supuestos sobre intereses
- Supuestos sobre tasas de intereses frente a otros supuestos, que incluyen la morbilidad, mortalidad y persistencia

f. Situación financiera de la compañía

- Excedente de la compañía

6. La razón de pérdida acumulada y una descripción de cómo se calculó (sólo para pólizas/contratos individuales).
7. La razón de pérdidas futura proyectada y una descripción de cómo se calculó.
8. La razón de pérdidas proyectada para el término de las pólizas o contratos, combinada la experiencia acumulativa y futura y una descripción de cómo se calculó.

Incluya un anejo que demuestre los detalles de la razón de pérdidas.

9. La norma federal para la razón de pérdidas médicas (medical loss ratio "MLR" por sus siglas en inglés) en el mercado aplicable para el aumento en las tarifas, teniendo en cuenta los ajustes permitidos, según las leyes federales.
10. Si el resultado bajo el inciso (7) anterior es menor que el estándar establecido en el inciso (9), se deberá incluir una justificación para este resultado.

Per the instructions, health insurance issuers proposing rates increases above 10% fill in only those cells that are highlighted in GREY. The other cells are auto-populated.

A. Rate Period Data

Start Period:	End Period:						
Service Categories	Member Months	Total Allowed	Net Claims	Member's Cost Sharing	Member's Cost Sharing PMPM	Net PMPM	Allowed PMPM
Inpatient							
Outpatient							
Professional							
Prescription Drugs							
Other							
Capitation							
Total							

B. Claim Projections

B1. Adjustment to the Current Rate

Start Period:	End Period:			
Service Categories	Overall Medical Trend	Projected Allowed PMPM	Net Claims	Member's Cost Sharing
Inpatient				
Outpatient				
Professional				
Prescription Drugs				
Other				
Capitation				
Total				

B2. Claims Projection for Future Rate

Start Period:	End Period:			
Service Categories	Overall Medical Trend	Projected Allowed PMPM	Net Claims	Member's Cost Sharing
Inpatient				
Outpatient				
Professional				
Prescription Drugs				
Other				
Capitation				
Total				

B3 Medical Trend Breakout

Factor	Impact
Utilization	
Unit Cost	
Other Factors	

C. Components of Current and Future Rates

	Future Rate		Prior Estimate of Current Rate		Difference %
	PMPM	%	PMPM	%	
1. Projected Net Claims					
2. Administrative Costs					
3. Underwriting Gain/Loss					
4. Total Rate					
5. Overall Rate Increase					

D. Components of Rate Increase

Claims Components	Impact on Rate	Percent
1. Inpatient		
2. Outpatient		
3. Professional		
4. Prescription Drugs		
5. Other		
6. Capitation		
7. Cost Share Change		
8. Correction of Prior Net Claims Estimate		
9. Total		

E. List of Annual Average Rate Changes Requested and Implemented in the Past Three Calendar Years

Calendar Year	New Form	Requested	Implemented
2010			
2009			
2008			

F. Range and Scope of Proposed Increase

Number of Covered Individuals	
-------------------------------	--

Claims Statement for Current Rate Period (1/1/2010-12/31/2010)

8.a. Prior Net Claims Estimate for Current Rate Period

8.b. Re-Estimate of Net Claims PMPM for Current Rate Period

Minimum % Increase	Range of Rate Increase
Maximum % Increase	