

REGLAS DE SUSCRIPCIÓN

First Medical Directo (Obamacare)

GOLD Y SILVER

PERIODOS DE SUSCRIPCIÓN

- **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN GARANTIZADA**
 - 1 de octubre 2016 hasta el 31 de diciembre 2016
 - Efectividad al 1 de enero de 2017
- **PERIODO ESPECIAL DE SUSCRIPCIÓN**
 - 1 de enero de 2017 – 30 de septiembre de 2017
 - Periodo durante el cual la persona se puede suscribir o cambiar su contrato a un plan individual fuera del periodo anual de suscripción, cuando ocurran eventos cualificantes.

FM DIRECTO ORO	1. Cumpliendo con algún Evento Cualificante sin periodos de espera ó
FM DIRECTO PLATA	2. Aplicándole periodos de espera de 3 meses para los servicios cubiertos en su cubierta de beneficios FM Directo Silver y en la Cubierta Dental Opcional, excepto en casos catalogados de emergencia no aplicarán periodos de espera.

EVENTOS CUALIFICANTES DURANTE PERIODO ESPECIAL DE SUSCRIPCIÓN

La efectividad de las solicitudes sometidas en o antes del día 15 de cada mes serán efectivas al día primero del próximo mes, siempre y cuando cumplan con alguno de los eventos cualificantes y presenten la evidencia que sustente dicho evento. Solicitudes sometidas posteriores a dicha fecha tendrán efectividad al mes sub-siguiente.

Los eventos cualificantes son:

EVENTO CUALIFICANTE	EVIDENCIA
El suscriptor o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales	Presentando evidencia que no exceda de más de 63 días
El suscriptor adquiere un dependiente a través de: matrimonio, nacimiento o adopción	Deberá notificar al plan no más tarde de 30 días de haber ocurrido el evento cualificante.
Recién nacidos	Deberá presentar evidencia del certificado de nacimiento que no exceda los 30 días a partir del evento (fecha de nacimiento).
El suscriptor se inscribió o dejó de inscribirse en un plan médico de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de algún oficial, empleado o agente de los aseguradores de salud o HHS o sus instrumentalidades, según sea evaluado y determinado por la organización de seguros de salud o asegurador. En dichos casos, la organización de seguros de salud o asegurador podrá tomar las medidas necesarias	Tiene que presentar evidencia que no exceda de más de 30 días.

EVENTO CUALIFICANTE	EVIDENCIA
para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o falta de acción	
La persona cubierta demuestra que el plan médico en el que está inscrito violó sustancialmente los términos del contrato con dicha persona	Presentando evidencia que no exceda de más de 30 días
La cubierta existente bajo un plan grupal patronal elegible ya no es costearable	Presentando evidencia que no exceda de más de 63 días
Cambio de residencia (se mudó de área de servicio),	Presentando evidencia que no exceda de 63 días
Ejercer su derecho de conversión a First Medical	Presentando evidencia que no exceda de 63 días.
Provegan de otro plan médico y cumplan con todos los siguientes criterios, a. Su último plan médico fue grupal; b. Ha estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos; c. Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. d. El contrato anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del asegurado; e. Si el individuo era elegible a la cubierta de la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986" (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó	Presentando evidencia que no exceda de más de 63 días
Si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud	Certificación de cubierta acreditable y MA10 indicando razón de la pérdida de elegibilidad que no exceda de 63 días
Cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o de mercado individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del plan médico con el cual tenía su seguro, siempre y cuando presente su solicitud a First Medical dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del plan médico anterior	Presentando evidencia que no exceda de más de 63 días.
Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado disponga mediante carta normativa	Presentando evidencia que no exceda de más de 63 días
Si ocurre un evento calificador según se definen en el Artículo 603 de ERISA a. por la muerte del suscriptor, b. la terminación de empleo o reducción de horas, c. el divorcio o separación legal del suscriptor principal de su cónyuge, d. el suscriptor es elegible a beneficios de Medicare, e. un hijo dependiente deja de serlo, f. un procedimiento de quiebras bajo el título 11 que haya comenzado en o después del 1 de julio de 1986 con respecto a un patrono de cuyo empleo se haya retirado el individuo	Presentando evidencia que no exceda de más de 30 días

IMPORTANTE:

- Como parte de las nuevas regulaciones que están en vigor hay una serie de cambios que:
 - Prohíbe discriminar por condiciones pre-existentes
 - La suscripción garantizada se provee dentro de periodos de suscripción inicial y posteriormente periodos anuales de suscripción.
 - Nuevo proceso de tarifa
 - Una tarifa diferente para cada edad
 - Se tarificará:
 - Suscriptor principal y cónyuge
 - Hasta un máximo de 3 menores de 21 años, el cuarto **no paga prima**
 - Inclusión de cohabitantes como dependiente directo.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- El formulario debe ser completado:
 - En su totalidad
 - Con bolígrafo de tinta azul o negra
 - Con letra legible
- **Este formulario se utilizará para la inscripción y los cambios que el suscriptor realice.**
- **El formulario de suscripción deberá estar acompañado por:**
 - Copia de la Licencia de Conducir de PR, Pasaporte, **Copia del Certificado de Nacimiento**
 - Suscriptor principal que no tenga la Licencia de Conducir
 - Todos los hijos dependientes

CAMBIOS DE CUBIERTA

- Los cambios de cubierta sólo se permiten al momento de la renovación anual.
- **El suscriptor principal podrá realizar cambios dentro de los primeros 30 días de la efectividad de su cubierta.**
 - **Dicho cambio es retroactivo a la fecha inicial del contrato.**
- La renovación anual se hará **por lo menos 60 días antes de la fecha de renovación**, se envía toda la información necesaria para que el suscriptor pueda estar debidamente informado.

CANCELACIONES

- **FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.**
 - Se reserva el derecho a cancelar un contrato por falta de pago
 - Que el suscriptor principal ya no resida en el área de servicio
 - Falsa representación del suscriptor principal
 - Persona no asegurada que utilice los servicios del suscriptor principal en el plan
 - Fraude

MÉTODOS DE PAGO

- Sólo Débito Bancario
 - Cuentas de cheque o ahorros
- Llenando la documentación requerida y las deducciones se harán los días 7 ó 15 de cada mes