

Estados:
FL IN MS NE
TN TX WV

Índice

¿Qué es TriTerm Medical?	2
Información del Plan	3
Red	4
Opciones y Otros Productos	5
Beneficios	6
Exclusiones y Limitaciones	9
Disposiciones del Plan	11
Diferencias entre Estados	13
Aviso de Prácticas de Privacidad	18
Información de FACT	21
Inserto sobre TriTerm Medical Value de FL	22



AVISO - Este folleto se divide en dos partes:

- La parte 45747ESP-G-0624 (páginas 1-21) corresponde a todos los planes TriTerm Medical en los estados señalados en la esquina superior izquierda de esta página EXCEPTO el plan TriTerm Medical Value y Value Direct de Florida.
- La parte 45747IFLSP-G-0121 (páginas 22-30) corresponde SOLAMENTE a los planes TriTerm Medical Value y Value Direct de Florida.

Planes de Salud TriTerm

DIRECT

El seguro de salud solo está disponible para los miembros de la Federación de Consumidores y Viajeros de los EE. UU. (Federation of American Consumers and Travelers, FACT). Estos planes de seguro de salud se emiten como planes de grupo de una asociación y solo están disponibles para los miembros de la Federación de Consumidores y Viajeros de EE. UU. Golden Rule Insurance Company es la aseguradora y administradora de estos planes. Encuentre más información en la última página.

Esta cobertura no es un plan de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Véase la página 9 de este folleto para obtener información sobre Exclusiones y Limitaciones, seguida de las Diferencias entre Estados. Este es un resumen general. Esta cobertura no tiene que cumplir ciertos requisitos del mercado federal de seguros de salud, en particular los que figuran en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Lea con atención su certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios de emergencia, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos recetados y servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias). Los beneficios de salud de su certificado también pueden tener límites en las cantidades de una vez en la vida o por año. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar a un período de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro de salud.

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-VAL (se utiliza en los planes Value Direct en todos los estados excepto FL), GRI-STAG-EXT1B-E-C-VAL (se utiliza en los planes Value en todos los estados excepto FL), GRI-STAG-EXT1D-E-C (se utiliza en todos los demás planes Direct), GRI-STAG-EXT1B-E-C (se utiliza en todos los planes Max) y otras diferencias entre estados.

45747C1SP-G-0624

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations.

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.

¿Qué es TriTerm Medical? Seguro a Corto Plazo de 3 Años

- + Se puede solicitar una vez con un plazo de cobertura de seguro de 3 años menos un día.*
- + Hay planes que ofrecen un beneficio máximo de \$1 millón o \$2 millones una vez en la vida por persona cubierta.
- + Los gastos admitidos para condiciones preexistentes están cubiertos después de 12 meses en el plan.



COBERTURA DE CUIDADO PREVENTIVO

Con la mayoría de los planes de TriTerm Medical, no tiene que enfermarse para acceder a los servicios de cuidado de la salud. Después de 6 meses en el plan, puede llevar a su familia al médico para que le hagan un examen de bienestar, esto es, un beneficio de \$200 por plazo y por persona.



COBERTURA DE CONSULTORIO MÉDICO

La mayoría de los planes de TriTerm Medical cubren las visitas al médico. En algunos planes, se paga \$50 de copago por las primeras 4 visitas al médico (por plazo y por persona) sin que haya que alcanzar un deducible.



MEDICAMENTOS RECETADOS

La mayoría de los planes de TriTerm Medical tienen cobertura de medicamentos recetados. Los planes Copay Select tienen \$25 de copago para los medicamentos recetados comunes (Nivel 1).



PLAZO 1
364 DÍAS



PLAZO 2
365 DÍAS*



PLAZO 3
365 DÍAS*



Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la versión en inglés de la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. Este plan está asegurado médicamente. No se pagarán beneficios durante los primeros 12 meses por condiciones de salud que existan antes de la fecha de vigencia del seguro.

*Solamente Indiana: Cada plazo equivale a 364 días.

Aspectos Destacados de los Gastos Cubiertos dentro de la Red

3 PLAZOS

PLAZO 1
364 DÍAS

PLAZO 2
365 DÍAS¹

PLAZO 3
365 DÍAS¹

		Copay Select (Max o Direct ¹)	Plan 80 (Max o Direct ¹)	Plan 100 (Max o Direct ¹)	Value Value Direct ¹ (Disponible en IN, MS, NE y TX; para FL, consulte el inserto)
Deducible (por persona y por vigencia; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$12,500	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$12,500	\$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$12,500	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000
Coseguro (% que usted paga después del deducible, por vigencia)	Usted paga:	30%	20%	0%	Value: 30% o 50% Value Direct1: 30%, 40% o 50%
Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro (después del deducible, por persona y por vigencia)	Usted paga hasta:	\$4,500	\$2,000	\$0	\$10,000
Beneficio Máximo (por persona y de por vida ¹)	Pagamos hasta:	Plan Max: \$2 millones Plan ¹ Direct: \$1 millón	Plan Max: \$2 millones Plan ¹ Direct: \$1 millón	Plan Max: \$2 millones Plan ¹ Direct: \$1 millón	Value: \$2 millones Value Direct ¹ : \$1 millón

Salud

		Copay Select (Max o Direct ¹)	Plan 80 (Max o Direct ¹)	Plan 100 (Max o Direct ¹)	Value Value Direct ¹
Visita al Consultorio Médico, Historial y Examen solamente (por persona y por vigencia)	Usted paga:	\$50 de copago por las primeras 4 visitas ²	20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	Coseguro elegido después del deducible
Centro de Cuidado de Urgencia		\$75 de copago			\$75 de copago
Cuidado Preventivo³ (\$200 de beneficio máximo por persona y por vigencia, después de un período de espera de 6 meses solo para el plazo 1)		\$50 de copago			Cuidado Preventivo No Cubierto
Sala de Emergencias (Accidentes y Enfermedades) (sólo por enfermedad: \$500 de deducible adicional si no se le admite)		Después del deducible: 30%			Coseguro elegido después del deducible
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios, Laboratorio y Radiografías		Después del deducible: 30%			Coseguro elegido después del deducible

Farmacia

		Copay Select (Max o Direct ¹)	Plan 80 (Max o Direct ¹)	Plan 100 (Max o Direct ¹)	Value Value Direct ¹
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por persona y por vigencia)	Nivel 1	\$25 de copago	20% después del deducible Al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio más bajo posible por los medicamentos recetados en el punto de venta.	Sin cargo después del deducible Al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio más bajo posible por los medicamentos recetados en el punto de venta.	Sin Cobertura Usted recibirá una tarjeta de descuentos. ⁴
	Deducible por Medicamentos Recetados (por persona y por vigencia)	\$500 de deducible y después:			
	Nivel 2	\$55 de copago			
	Nivel 3	\$75 de copago			
	Nivel 4	50% después del deducible de medicamentos recetados			

 Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente⁵ Corresponde al deducible médico seleccionado (página 11)	Pagamos hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, o \$12,500	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, o \$12,500	\$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$12,500	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000
--	----------------	---	---	---------------------------------------	--

La primera fecha de vigencia es de 5 días después de la solicitud. La cantidad proporcionada de beneficios depende del plan seleccionado, y la prima variará según la cantidad seleccionada de beneficios. Estos planes solo pagan beneficios por los gastos admitidos de un proveedor de la red. Consulte los detalles en la página 4. Los copagos no se aplican al deducible, al coseguro ni al máximo de gastos de su bolsillo de coseguro. Esta cobertura no califica como "Cobertura esencial mínima", como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, y es posible que no cubra todos los beneficios de salud esenciales en su estado. ¹Planes de Indiana: cada plazo equivale a 364 días; los planes Direct no están disponibles; el beneficio máximo es por persona y por vigencia. ²Las visitas posteriores están sujetas a un deducible y luego a un coseguro. Los copagos por visitas al consultorio médico son por lesiones y enfermedades y no pueden utilizarse en servicios preventivos, excepto aquellos exigidos por los mandatos estatales. ³El beneficio de Cuidado Preventivo no incluye los Servicios de Salud Preventiva para Niños (Children's Preventive Health Services, CPHS). Para consultar los beneficios de Servicios de Salud Preventiva para Niños, véase la página 6. ⁴Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento recetado. ⁵Se requiere una prima adicional.

Acceso a una Amplia Red de Cuidado y Ahorros en Costos

Aproveche al máximo sus beneficios si permanece dentro de la red.
Todo será más fácil con:

UnitedHealthcare Choice Network

Estos planes solo pagan beneficios por los gastos admitidos de un proveedor de la red. **No hay beneficios fuera de la red.** No se pagan beneficios por cuidado que no es de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red. El tratamiento de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red se manejará como un servicio admitido de la red.



Visite UHOne.com y seleccione **Find A Doctor** (Buscar un Médico) para buscar proveedores de la red en su estado.



Acceso a Cuidado de Calidad de:

1.8 millones de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud.¹

Más de 7,200 hospitales y otros centros.¹



Red Nacional

Visite cualquier médico de su red en todo el país. Visite a cualquier especialista de la red sin necesidad de una referencia.



Sin Facturación del Saldo

Los proveedores de la red no le cobrarán ninguna cantidad superior a la tarifa negociada por la red. Los proveedores de la red se comprometen a proporcionarle un cuidado de calidad a un costo menor.

Más Opciones de Cobertura

Asegurada por Golden Rule Insurance Company (GRIC)



BENEFICIO OPCIONAL SUPLEMENTARIO POR ACCIDENTES

Reduzca o elimine su exposición a los gastos de bolsillo causada por lesiones sufridas en accidentes. El beneficio suplementario por accidentes le ayuda a cubrir su deducible u otros gastos de bolsillo de salud por lesiones imprevistas, antes de que el seguro de salud empiece a pagar los gastos cubiertos. Encuentre más información en la página 11.



ACCIDENT PROGAP

¿Necesita más que solo una cobertura de accidentes? El plan de accidentes ProGap va más allá y combina el seguro de gastos por accidentes con los beneficios por enfermedades graves, hospitalización por enfermedad y también por muerte accidental y desmembramiento. El mejor complemento para este plan es un plan de salud que le ayude con los gastos de bolsillo, como los deducibles.



CUIDADO DENTAL Y SERVICIOS PARA LA VISTA

Piense también en la cobertura de esos gastos frecuentes de su familia con un seguro independiente de cuidado dental y servicios para la vista. Los planes dentales le ayudan a cuidar su sonrisa con beneficios en servicios que van desde limpiezas de rutina hasta conductos. Los planes para la vista cubren exámenes de la vista de rutina y pueden ayudarle a pagar anteojos, lentes de contacto o ambos.

Deberá pagar una prima adicional para obtener la cobertura anterior. Es necesario solicitar por separado el plan de accidentes ProGap, el plan dental y de servicios para la vista, y se emiten pólizas independientes. Si el plan suplementario de accidentes se agrega al plan de salud TriTerm, no se puede emitir un plan de accidentes ProGap. El diseño y la disponibilidad de los productos pueden variar según el estado. Si desea información de costos, beneficios, exclusiones, limitaciones, requisitos, períodos de espera y términos de renovación, llame al 1-800-273-8115.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Servicios de Ambulancia

- Servicio de ambulancia terrestre al hospital más cercano que pueda prestar los servicios necesarios de cuidado de emergencia.
- Servicios de ambulancia aérea solicitados por la policía o las autoridades médicas en el lugar de la emergencia o en los sitios a los que no se puede llegar en una ambulancia terrestre.

Gastos del Tratamiento del Cáncer

- Radioterapia y quimioterapia.
- Gastos relacionados con una mastectomía y, si la persona cubierta elige la reconstrucción del seno, incluye todas las etapas de la reconstrucción, y la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
- Costo de una peluca por persona cubierta, hasta \$500, si se necesita debido a la pérdida de cabello a causa de tratamientos para el cáncer o quemaduras traumáticas.
- Un sostén de mastectomía por año si la persona cubierta se ha sometido a una mastectomía cubierta.

Servicios de Salud Preventiva para Niños

Servicios para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad, sujetos a un deducible y coseguro. Los servicios de vacunas que califiquen como servicios de cuidado médico preventivo para niños están exentos de cualquier deducible, coseguro o copago. Estos beneficios no están sujetos al beneficio máximo de \$200 para Cuidado Preventivo.

Lesiones Dentales

Gastos dentales por una lesión en los dientes naturales sufrida después de la fecha de vigencia de la cobertura. Los gastos deben incurrirse dentro de los 6 meses siguientes al accidente.

No se pagan beneficios por lesiones causadas por problemas de masticación.

Diabetes

- Equipos, suministros y servicios para la diabetes.
- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes si el médico o el profesional del cuidado de la salud determinan que es médicamente necesario. Se limita a un programa de capacitación por persona, de por vida, a menos que se recete una capacitación adicional debido a un cambio significativo en los síntomas o la condición.

Pruebas de Diagnóstico

Pruebas mediante servicios de radiología, ultrasonido o laboratorio (no se incluyen las pruebas psicométricas, conductuales y educativas).

Copago de Visitas al Consultorio Médico (Historial y Examen solamente)

Solo en el caso de los planes Copay, los \$50 de copago por visita al consultorio para un tratamiento realizado por un médico, excepto una cirugía, se limita a 4 visitas por persona y por vigencia. Las visitas adicionales al consultorio estarán sujetas al deducible y al porcentaje de coseguro que corresponda. El copago no se aplica a las visitas al consultorio por servicios para el cuidado preventivo.

Equipo Médico Duradero

- Alquiler de silla de ruedas estándar no motorizada, cama de hospital, caminador estándar, cojín para silla de ruedas o ventilador.
- Costo de una máquina de movimiento pasivo continuo (Continuous Passive Motion, CPM) por persona cubierta después de una cirugía cubierta de las articulaciones.

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio

Para que califique para los beneficios, el cuidado de asistencia médica a domicilio debe prestarse a través de una agencia autorizada. Los gastos cubiertos de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se limitarán a 7 visitas por semana y un máximo de 365 visitas de por vida. Los beneficios para el cuidado de asistencia médica a domicilio no se extenderán después del plazo de su plan. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se contará como una visita. Los servicios privados de enfermería certificada se limitarán a un máximo de 1,000 horas una vez en la vida. Las visitas intermitentes de los servicios privados de enfermería certificada no deben exceder de 4 horas cada una y se limitan a \$75 por visita (2 horas por visita cuentan para alcanzar el máximo una vez en la vida del servicio privado de enfermería).

No se pagan beneficios por relevo del cuidador, cuidado de custodia o cuidado educativo.

Cuidados Paliativos

Para acceder a los beneficios, el centro de cuidados paliativos el enfermo terminal cubierto debe tener una licencia del estado en el que opera. Los beneficios para pacientes hospitalizados en un centro de cuidados paliativos están sujetos a un deducible y coseguro, y se limitan a 180 días una vez en la vida de una persona cubierta.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Cuidados Paliativos, continuación

Los gastos cubiertos de habitación y comida se limitan a la tarifa de habitación semiprivada más común del hospital o el asilo de convalecencia a la que esté asociado el centro de cuidados paliativos (o a un máximo de \$200 diarios si no está asociado al hospital o al asilo). Máximo de \$250 para terapia del duelo.

Servicios Hospitalarios

Servicios de habitación y comida diaria en el hospital a la tarifa más común de una habitación semiprivada; gastos admitidos de una unidad de cuidados intensivos; uso como paciente hospitalizado o ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación de una cirugía; servicios y suministros, incluidos los medicamentos que habitualmente se administran a las personas solo mientras estén hospitalizadas; tratamiento de emergencia de una lesión o enfermedad. Los gastos cubiertos de sala de emergencias están sujetos a un deducible adicional de \$500 por cada visita a la sala de emergencias por una enfermedad, a menos que la persona cubierta sea admitida directamente en el hospital para el tratamiento posterior de la enfermedad.

El hospital no incluye un asilo de convalecencia ni un centro de cuidado a largo plazo.

Suministros Médicos

- Vendajes y otros suministros médicos necesarios.
- Costo y administración de un anestésico o de oxígeno.

Cirugía para Pacientes Ambulatorios

Cirugía en un consultorio médico o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, incluidos servicios y suministros.

Honorarios del Médico

- Honorarios profesionales de médicos, practicantes médicos y cirujanos.
- Los honorarios del cirujano asistente se limitan al 16 % de los gastos admitidos del procedimiento.

Cuidado preventivo

Gastos de cuidado preventivo, que incluyen, entre otros, vacunas, análisis de orina y de sangre, exámenes de densidad ósea, electrocardiogramas (EKG), pruebas de esfuerzo cardíaco, mamografías, exámenes cervicales y de Papanicolaou, exámenes y vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) y pruebas de vigilancia del cáncer de ovario. Se limitan a un beneficio máximo de \$200 por persona cubierta y por vigencia.

Los gastos cubiertos por la disposición de Beneficios Médicos no contarán para alcanzar este máximo. El Cuidado Preventivo no incluye la tomografía axial computarizada (TAC o computerized tomography, CT), la resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) ni la tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) realizadas como procedimiento rutinario o preventivo, ni los Servicios de Salud Preventiva para Niños. Para consultar los Servicios de Salud Preventiva para Niños, véase la página 6.

Prótesis

Ojos o laringe artificiales, prótesis de seno, dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos. Dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos limitados a un dispositivo o servicio o reemplazo cada 3 años, a menos que se demuestre que son médicamente necesarios. Si más de un dispositivo puede satisfacer las necesidades funcionales de la persona cubierta, solo el cargo del dispositivo más rentable se considerará un gasto cubierto.

Cirugía Reconstructiva

- Cirugía reconstructiva incidental o posterior a una cirugía o una lesión que estaba cubierta por el certificado o que se realiza para corregir un defecto congénito en un niño que ha tenido cobertura desde su nacimiento hasta la fecha en que se realiza la cirugía.
- Cirugía craneofacial reconstructiva y servicios relacionados para una persona cubierta de cualquier edad a la que se le haya diagnosticado una anomalía craneofacial, si un equipo de hendiduras craneofaciales aprobado a nivel nacional y la Asociación Estadounidense del Paladar Hendido y Craneofacial en Chapel Hill, North Carolina, determinan que la cirugía es médicamente necesaria para mejorar la limitación funcional resultante.

Centro de Rehabilitación y de Cuidado a Largo Plazo (ECF)

Para tener derecho a los beneficios, un centro de rehabilitación o de cuidado a largo plazo debe tener una licencia del estado en el que opera. Los servicios o la reclusión deben comenzar dentro de los 14 días de una estadía de 3 días o más en el hospital, por la misma enfermedad o lesión. El máximo combinado de la póliza es de 60 días por persona y por vigencia, tanto para la rehabilitación como para los gastos de un centro de cuidado a largo plazo (Extended Care Facility, ECF). Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Trastornos de la Columna Vertebral y la Espalda

Todos los planes excepto Value: El valor máximo de los gastos cubiertos es de \$5,000 por persona y por vigencia para los servicios para pacientes ambulatorios. Este límite no se aplica a los gastos de pacientes hospitalizados ni de cirugía para pacientes ambulatorios.

Planes Value: Se limitan a pacientes hospitalizados y al tratamiento quirúrgico.

Tratamientos Terapéuticos

- Hemodiálisis, procesamiento y administración de sangre o componentes sanguíneos (pero no el costo de la sangre o los componentes).
- Terapia ocupacional después de un tratamiento cubierto de lesiones traumáticas de la mano.

Beneficio de Gastos de Trasplante

Los siguientes trasplantes están cubiertos al igual que cualquier otra enfermedad: córnea, injertos arteriales o venosos, injertos de válvulas cardíacas, prótesis de tejido y reemplazo de articulaciones, y prótesis de lentes para cataratas. Para obtener información de todos los demás trasplantes cubiertos, consulte el certificado de “Trasplantes incluidos” en la sección de Beneficios de gastos de trasplante. La persona cubierta debe ser un candidato adecuado, según nuestra opinión. El trasplante no debe ser experimental o de investigación. Los gastos cubiertos de los “Trasplantes Incluidos” se limitan a 2 durante un máximo de 36 meses de duración de la póliza, por persona.

Golden Rule Insurance Company ha llegado a acuerdos con ciertos hospitales de todo el país (“Centros de Excelencia” o COE) para que realicen servicios de trasplante específicos. En un Centro de Excelencia designado, los gastos cubiertos incluyen la obtención del trasplante y el transporte y alojamiento, y se limitan a \$5,000 por trasplante. Si no se usa el Centro de Excelencia, hay un límite de 1 trasplante por una duración máxima de 36 meses de la póliza, por persona, y un máximo de beneficios de \$100,000; la obtención, el transporte y el alojamiento no están cubiertos.

No se pagan beneficios por:

- Búsqueda y pruebas para localizar un donante compatible.
- Cultivo profiláctico de médula ósea y recolección de células madre de sangre periférica cuando no se realiza un “trasplante incluido”.
- Trasplantes de animales a humanos.

- Dispositivos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar un órgano humano de forma temporal o permanente.
- Obtención o transporte del órgano o tejido, a menos que se disponga expresamente en esta disposición.
- Mantener vivo a un donante para la operación de trasplante.
- Operación para que un donante vivo reciba un órgano trasplantado para reemplazar el órgano que dona.
- Un trasplante en estudio en un ensayo clínico de fase I o II en curso, como se establece en el reglamento de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration, US FDA).

Beneficios Adicionales

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluidos los tratamientos basados en pruebas.
- Análisis de conducta aplicado en un paciente ambulatorio para el tratamiento de trastornos del espectro autista hasta un máximo de \$50,000 por plazo de cobertura y persona cubierta.
- Exámenes de cáncer colorrectal y pruebas de laboratorio de acuerdo con las directrices publicadas por la Sociedad Estadounidense del Cáncer.
- Un examen rectal digital y una prueba del antígeno específico de la próstata por plazo de la cobertura y persona cubierta, para la detección temprana del cáncer de próstata (excepto a partir del deducible).
- Cuidados y tratamientos médicamente necesarios para la pérdida o el deterioro del habla y la audición, incluidos los trastornos de la comunicación.
- Tratamiento de trastornos que requieren nutrientes o fórmulas especializadas, incluido el tratamiento con alimentos medicinales, sin importar si el método de administración es enteral u oral.
- Gastos de cuidado de rutina del recién nacido durante su hospitalización dentro de los cinco días siguientes al nacimiento de la persona cubierta o antes de que la madre reciba el alta, según lo que ocurra primero.
- Marcapasos gástrico médicamente necesario.
- Servicios de telemedicina en la misma medida en que los servicios prestados estarían cubiertos por el certificado, en otras circunstancias, incluida la tarifa que el centro paga al lugar de origen. El reembolso combinado al lugar de origen y al lugar remoto se limita al gasto cubierto por el servicio cuando se presta de forma presencial.

Información Adicional (planes de seguro)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa.

Es posible que algunos estados requieran que usted tenga una Cobertura Mínima Esencial a fin de evitar una multa. Los beneficios del seguro a corto plazo y de duración limitada de esta cobertura no cumplen todos los requisitos federales para calificar como "Cobertura Mínima Esencial" del seguro de salud según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Este plan de cobertura no incluye todos los beneficios de salud esenciales que exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Lea con atención su certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios de emergencia, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos recetados y servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias). Los beneficios de salud de su certificado también pueden tener límites en las cantidades de una vez en la vida o por año. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar a un período de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro de salud. Puede obtener un seguro a un plazo más largo que califique como "Cobertura esencial mínima" de seguro de salud según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Detalles del Certificado Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado.

Exclusiones o Limitaciones

No se pagarán beneficios por servicios o suministros que no sean administrados u ordenados por un médico y que sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como se define en el certificado, o, si corresponde, que estén cubiertos por la disposición de Beneficios de Gastos de Cuidado Preventivo.

En los planes Value solamente, no se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento de trastornos de la columna vertebral y la espalda en pacientes ambulatorios.

En ningún plan, se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Servicios o suministros que no sean de emergencia recibidos de un proveedor que no sea de la red, excepto por lo dispuesto en el certificado de manera específica.
- **Condiciones preexistentes** — Condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento, cualquier procedimiento o procedimientos de diagnóstico o evaluación adicional dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o una condición cuya manifestación habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura.
NOTA: Incluso si tuvo cobertura antes de Golden Rule Insurance Company y sus condiciones preexistentes estaban cubiertas por ese plan, no estarán cubiertas por este plan durante los primeros 12 meses.
- Gastos que no se habrían cobrado si no tuviera un seguro.
- Gastos impuestos por un proveedor (incluido un hospital) que el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
- Servicios prestados por un familiar inmediato.
- Gastos que no estén identificados e incluidos como cubiertos en el certificado o que superen los gastos admitidos.

- Servicios o suministros que se proporcionen antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de finalización de la cobertura.
- Procedimientos de cambio de peso o tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluido el método de alambrado mandibular y todas las formas de cirugía de derivación intestinal.
- Reducción o aumento de los senos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos para la concepción, incluidos, entre otros, inseminación artificial o tratamiento de la infertilidad o la impotencia.
- Esterilización o reversión de la esterilización.
- Cirugía de reducción fetal o aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro).
- Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) o trastornos craneomandibulares, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, como una cirugía de cambio de sexo.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en el certificado, incluidas consultas telefónicas, incumplimiento de citas, gastos de televisión o gastos de teléfono.
- Terapia de pareja, familia o niños.
- Disponibilidad de reserva de un médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Habitación y comida en el hospital y servicios de enfermería si se le admite un viernes o un sábado, a menos que sea una emergencia o una cirugía médicamente necesaria que esté programada para el día siguiente.
- Gastos de cuidado dental, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos estéticos.
- Diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas disciplinarios, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- Paternidad subrogada.
- Tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).

Información Adicional (planes de seguro)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa.

Exclusiones Generales, continuación

En ningún plan, se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Cargos relacionados con trasplantes de tejidos u órganos, o con la preparación de los mismos, excepto por lo dispuesto de manera expresa en los Beneficios de gastos de trasplante del certificado.
 - Lesiones por participación en deportes profesionales o semiprofesionales o actividades atléticas con fines de lucro, según lo determinado por Golden Rule Insurance Company.
 - Quimioterapia de alta dosis realizada antes de o junto con un trasplante de médula ósea autólogo o de donante, excepto por lo dispuesto de manera específica en los Beneficios de gastos de trasplante del certificado.
 - Cirugía refractiva del ojo, cuando el propósito principal es corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
 - Cuidado de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería cuando se esté confinado para rehabilitación, excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular, terapia visual, o cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Gastos debidos al embarazo (salvo por complicaciones), excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Cualquier gasto, incluidas las pruebas diagnósticas realizadas en reclusión, principalmente para el cuidado del bebé sano, excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Tratamiento de trastornos mentales, o del abuso de sustancias si lo ordena un tribunal.
 - Cuidado preventivo o profiláctico, incluidos exámenes médicos de rutina, exámenes prematrimoniales y programas educativos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Gastos incurridos fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia.
 - Gastos que resulten de una guerra declarada o no declarada; lesiones corporales autoinfligidas de manera intencional (ya sea en sano juicio o por enajenación mental); o participación en un motín o delito grave (así la persona sea declarada culpable o inocente).
- Gastos destinados a o relacionados con equipo médico duradero o con su adecuación, instalación, ajuste o retiro o con las complicaciones derivadas, excepto por lo dispuesto en el certificado.
 - Tratamientos alternativos, excepto que estén cubiertos de manera específica en el certificado, incluidos acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, rolfing y otros tratamientos alternativos definidos por la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
 - Gastos de salarios o ganancias laborales, si están cubiertos o deben estar cubiertos por el seguro de indemnización laboral de conformidad con la ley estatal o federal. Si celebró un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar beneficios médicos futuros conforme a una ley de indemnización laboral o un plan de seguros, esta exclusión seguirá siendo aplicable.
 - Gastos que se deban a una lesión o enfermedad causada por los efectos del alcohol, según la definición de la ley del estado donde ocurrió la enfermedad o la lesión, o de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico.
 - Reemplazo de articulaciones, a menos que tenga relación con una lesión cubierta por el certificado.
 - Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de los siguientes deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte motorizado, buceo (cuando se bucea a 60 pies [18 m] de profundidad o más), paracaidismo acrobático, puenting o deportes de rodeo.
 - Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de las siguientes actividades, si la persona cubierta recibe una remuneración por su participación o instrucción: operación o conducción de una motocicleta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte no motorizado, paseos a caballo, escalada de rocas o montañas, o esquí.
 - Lesiones sufridas al desempeñar las funciones de un tripulante de una aeronave, lo que incluye impartir o recibir entrenamiento en una aeronave.

Información Adicional (planes de seguro)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa.

Exclusiones Generales, continuación

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Terapia vocacional o recreativa, rehabilitación vocacional o terapia ocupacional, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Gastos que resulten de tratamientos experimentales o de investigación, o de servicios no comprobados.
- Los gastos en los que incurra una persona cubierta para el tratamiento de amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, hernias o cualquier otro trastorno de los órganos reproductivos no estarán cubiertos durante los primeros 6 meses de cobertura de la póliza. Esta exclusión no se aplicará si el tratamiento se proporciona en una situación de emergencia.

Beneficio Suplementario Opcional de Accidentes

de los Planes de TriTerm Medical Formularios SA-S-1899G-GRI, SA-S-1899RG-GRI y diferencias entre estados

Por una prima adicional, reduzca o elimine su exposición a los gastos de bolsillo causada por lesiones sufridas en accidentes. El Beneficio Suplementario para Accidentes corresponde a su deducible, al pagar el tratamiento de una lesión imprevista dentro de los 90 días de un accidente. La cantidad máxima del beneficio (\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000) es por accidente y por persona cubierta. NOTA: La cantidad del beneficio de \$2,500 no es opcional con TriTerm Plan 100 Max o TriTerm Plan 100 Direct. La cantidad del beneficio de \$15,000 es solo una opción en el plan TriTerm Value o TriTerm Value Direct.

Tarifa de Solicitud

En la mayoría de los estados, debe pagar una tarifa no reembolsable de \$40 por la solicitud.

Coordinación de Beneficios (incluido Medicare)

Si después de emitir la cobertura, una persona cubierta pasa a estar asegurada por otro plan de salud o por Medicare, los beneficios se determinarán según la cláusula de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB).

La cláusula de Coordinación de Beneficios permite que dos o más planes trabajen entre sí para que la cantidad total de todos los beneficios nunca supere el 100% de los gastos cubiertos. Esta cláusula también tiene en cuenta la cobertura médica de los contratos de autoseguro. Para determinar cuál plan es el principal, consulte el “orden de los beneficios” en el certificado.

Dependientes

A los efectos de esta cobertura, los dependientes cubiertos son su cónyuge legal y niños que cumplen los requisitos. Los niños que cumplen con los requisitos deben ser solteros y menores de 26 años en el momento de la solicitud.

Fecha de Vigencia

Los gastos por lesiones y enfermedades se admiten en la cobertura a partir de la fecha de vigencia de su plan. Su certificado entrará en vigencia en la que sea posterior de las siguientes fechas:

- La fecha de vigencia indicada en su solicitud; o
- El 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company* reciba su solicitud, pero sólo si se cumplen todas las siguientes condiciones:
 - A. Recibimos su solicitud y el pago de la prima correspondiente dentro de los 15 días de su firma; **
 - B. Su solicitud está debidamente completada y no hay cambios;
 - C. Su solicitud es aprobada después de que Golden Rule Insurance Company la revise;
 - D. Usted reside en un estado en el que se puede emitir el formulario de certificado; y
 - E. Si la solicitud es presentada mediante un agente o corredor, el agente o corredor está debidamente autorizado y designado para realizar solicitudes ante Golden Rule Insurance Company.

* Si se envía por correo y no lleva el matasellos del Servicio Postal de los EE. UU. o si el matasellos no es legible, la fecha de vigencia será la más tardía de las siguientes: (1) la fecha que usted solicitó; o (2) el 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company recibió la solicitud. Si la solicitud se envía por cualquier medio electrónico, incluido el fax, su cobertura entrará en vigencia en la última fecha entre: (1) la fecha de vigencia indicada; o (2) el 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company recibió la solicitud.

** Se cobrará un cargo de forma inmediata a su cuenta.

Requisitos de Participación

En el momento de la solicitud, el asegurado principal debe tener al menos 19 años de edad.

Gastos Aprobados

Un gasto admitido significa un gasto cubierto de la siguiente manera:

- Proveedores de la red: Tarifa contratada con el proveedor.
- Proveedores que no pertenecen a la red: Según la definición que aparece en el certificado.

Información Adicional (planes de seguro)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa.

Emergencia

Por “emergencia” se entiende una condición médica imprevista o repentina que se manifiesta mediante signos o síntomas agudos que podrían provocar razonablemente la muerte o una grave discapacidad si no se presta atención médica en un plazo de 24 horas.

No Hay Beneficios Fuera de la Red

Estos planes solo pagan beneficios por los gastos admitidos de un proveedor de la red. Visite UHOne.com para buscar proveedores. (No se pagan beneficios por cuidado que no es de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red).

El tratamiento de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red se manejará como un servicio admitido de la red.

El tratamiento de emergencia significa que usted tendrá que pagar la diferencia entre lo facturado por el proveedor no perteneciente a la red y lo que nosotros pagamos por un gasto admitido de la red.

No Renovable

TriTerm Medical se emite por un período específico. Podemos cancelar la cobertura si una persona cubierta comete fraude o presenta una declaración falsa material, o tiene conocimiento de estos actos ilegales, en el momento de presentar un reclamo de beneficios. La cobertura seguirá vigente hasta la fecha de finalización que figura en su certificado. Le informaremos con anticipación cualquier cambio en la cobertura o los beneficios, a menos que la póliza se cancele antes por cualquier motivo indicado en la sección Cancelación.

Prima

Se prevé que la cantidad de la prima cambiará en cada plazo.

Factores para Determinar las Tarifas

El plan, la edad y el sexo de las personas cubiertas, el tipo y nivel de los beneficios, la condición de fumador, la condición de clase del seguro, el tiempo de vigencia del certificado y el lugar de residencia en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que determinan las tarifas de las primas. Ocasionalmente, podemos cambiar la tabla de tarifas. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en la fecha de vencimiento de dicha prima. En la última dirección que figura en nuestros registros, recibirá por correspondencia un aviso con al menos 31 días de anticipación sobre cualquier plan que tengamos de tomar medidas o realizar cambios que estén permitidos en la disposición sobre primas del certificado. No habrá ningún cambio en su prima por el simple hecho de los reclamos presentados conforme al certificado o por un cambio en la salud de la persona cubierta.

Cancelación

El certificado se cancelará en la primera fecha entre:

- La fecha en que todas las personas cubiertas por el certificado se muden fuera del estado en el que se emitió el certificado.
- El fallecimiento del asegurado principal. Si el certificado incluye dependientes y la persona asegurada principal fallece, su cónyuge puede continuar con el certificado, si es una persona cubierta; de lo contrario, lo podrá hacer el hijo menor si es una cubierta.
- La falta de pago de las primas a su debido tiempo.
- La fecha de finalización que figura en la página de datos del certificado.
- La fecha en que recibamos su solicitud de cancelar el certificado.
- La fecha en que la persona asegurada principal cumpla 65 años.
- La fecha en que acepte una contribución de su empleador para cualquier porción de la prima, o la fecha en que usted y su empleador manejen el plan como un seguro proporcionado por el empleador con cualquier fin, incluidos propósitos fiscales.

Diferencias entre Estados (planes de seguro)

Consulte la disponibilidad
y los beneficios, exclusiones
y limitaciones para cada
estado.

Florida

Formulario de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-09,
GRIHST-EXT1B-E-C-09

- Un hijo debe ser menor de 31 años y estar soltero para cumplir los requisitos. Se considerará que un niño que no esté casado y que siga dependiendo principalmente de usted o de su cónyuge para su manutención y sostenimiento debido a una discapacidad mental o física cumple los requisitos de la póliza/certificado, independientemente de la edad. La cobertura del hijo discapacitado no terminará debido a la edad. El dependiente puede seguir cubierto durante todo el plazo de cobertura.
- Existe una disposición para la extensión de beneficios una vez que la póliza maestra se cancele: Si una persona cubierta se encuentra en un hospital como paciente hospitalizado en la fecha en que se cancele la póliza maestra y esta es sustituida por una póliza de seguro de salud de grupo con otra aseguradora o por un plan de cuidado de la salud autofinanciado, sin que haya una interrupción en la cobertura, los beneficios de los gastos cubiertos se extenderán durante la reclusión continua en un hospital. Estos beneficios extendidos se pagarán únicamente por los gastos cubiertos incurridos durante la reclusión en el hospital como paciente hospitalizado. Todo beneficio extendido cesará en la primera de las siguientes fechas:
 - A. La fecha en la que termina la reclusión hospitalaria de la persona cubierta; o
 - B. La fecha en que los beneficios de reclusión en un hospital habrían cesado conforme a cualquier otra disposición de la póliza/certificado.

Indiana

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1B-E-C-13
y GRI-STAG-EXT1B-E-C-VAL-13

- Solo están disponibles los planes Copay Select Max, Plan 80 Max, Plan 100 Max y Value.
- Los planes tienen tres plazos de 364 días cada uno.
- El beneficio máximo es de \$2 millones por persona y por plazo.
- La tarifa de solicitud se puede reembolsar si la cobertura no se emite o no se toma.

- Una condición preexistente se define como: Una condición para la cual se recibió asesoramiento, cuidado, tratamiento o procedimiento de diagnóstico médico dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.

Mississippi

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-23,
GRI-STAG-EXT1B-E-C-23-SP, GRI-STAG-EXT1D-E-C-VAL-23 y
GRI-STAG-EXT1B-E-C-VAL-23

- La tarifa de solicitud es de \$6.
- Una “condición preexistente” es una lesión o enfermedad para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la póliza, o que, según el concepto de un médico calificado: (1) probablemente comenzó antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza; y (2) manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara un diagnóstico o tratamiento dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.
- Los beneficios se amplían para incluir la anestesia general y las tarifas de centros asociados en la que se incurra junto con el cuidado dental (independientemente de si está cubierto) para una persona cubierta cuando la condición mental o física del niño o adulto mentalmente discapacitado requiere que el tratamiento dental se preste bajo anestesia general supervisada por un médico en un entorno hospitalario, en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o en un consultorio dental. Los gastos cubiertos no incluyen el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular.
- Los gastos cubiertos incluyen el examen anual mediante mamografía de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de seno oculto para las personas cubiertas de treinta y cinco (35) años de edad o más. Esto no se consideraría cuidado preventivo.
- No se aplica la exclusión de paternidad subrogada o relacionada con ella.

Diferencias entre Estados (planes de seguro)

Consulte la disponibilidad
y los beneficios, exclusiones
y limitaciones para cada
estado.

Nebraska

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-26,
GRI-STAG-EXT1B-E-C-26-SP, GRI-STAG-EXT1D-E-C-VAL-26
y GRI-STAG-EXT1B-E-C-VAL-26

- Por “emergencia” se entiende una condición médica o conductual que inicia de forma repentina y se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, como un dolor intenso, tales que llevarían a una persona prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, a prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata resultaría en: un grave peligro para la salud de la persona cubierta o, en el caso de una condición conductual, un grave peligro para la salud de la persona cubierta o de los demás, un grave deterioro de las funciones corporales de la persona cubierta, un grave deterioro de cualquier órgano o parte del cuerpo de la persona cubierta, o una grave desfiguración de la persona cubierta.
- Los exámenes anuales de mamografía no se consideran cuidado preventivo y no están sujetos a los límites del cuidado preventivo.
- La cobertura del examen colorrectal es la siguiente: cobertura de la prueba de detección y las pruebas de laboratorio de cáncer colorrectal en una persona cubierta asintomática de cincuenta años de edad o más. Los gastos cubiertos incluirán como máximo: un análisis de sangre oculta en la materia fecal por año y una sigmoidoscopia flexible cada cinco años; una colonoscopia cada diez años, o un enema de bario cada cinco a diez años; o cualquier combinación de las pruebas de detección más fiables y reconocidas en el sector médico que estén disponibles si el médico de la persona cubierta lo considera apropiado.
- Los beneficios se amplían para incluir lo siguiente:
 - Hasta \$3,000 por aparatos auditivos médicamente necesarios para un niño de 19 años que cumpla los requisitos, por cada oído afectado por una discapacidad auditiva.
 - Hasta la cantidad máxima de \$2,500 una vez en la vida para el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico médicamente necesario del trastorno de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular.
 - El costo razonable de anestesia general y la hospitalización en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, para que un hijo cubierto reciba atención dental si: tiene ocho (8) años o menos; o tiene una discapacidad del desarrollo.

Tennessee

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-41 y
GRI-STAG-EXT1B-E-C-41

- No se aplica el límite de \$5,000 para los trastornos de la columna vertebral y la espalda.
- “Emergencia” se define como: una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (como un dolor intenso) que lleven a una persona prudente, con un conocimiento promedio en salud y medicina, a prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata resultaría en:
 - un grave peligro para la salud de la persona cubierta;
 - un deterioro grave de las funciones corporales; o
 - una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- El gasto cubierto de capacitación para el autocontrol de la diabetes no requiere certificación de finalización. Se limita a las visitas que un médico certifique como médicamente necesarias:
 - tras el diagnóstico de la diabetes;
 - debido a un cambio significativo en los síntomas o la condición de la persona cubierta que requiere cambios en el autocontrol de la persona cubierta; y
 - para la reeducación o actualización de conocimientos.
- Los gastos cubiertos se ampliaron para incluir una mamografía de diagnóstico con la referencia del médico de la paciente, con los siguientes límites:
 - Una mamografía inicial de la persona cubierta de treinta y cinco (35) a cuarenta (40) años de edad.
 - Una mamografía cada dos (2) años, o con mayor frecuencia por recomendación de un médico, para las personas cubiertas de cuarenta (40) a cincuenta (50) años de edad o más.
- Los Beneficios de Gastos de Trasplante no se limitan a los “Trasplantes Incluidos”.
- Los Beneficios de Gastos de Trasplante no cubren un trasplante si se determina que es un tratamiento experimental o de investigación.

Diferencias entre Estados (planes de seguro)

Consulte la disponibilidad
y los beneficios, exclusiones
y limitaciones para cada
estado.

Texas

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-42,
GRI-STAG-EXT1B-E-C-42-SP, GRI-STAG-EXT1D-E-C-VAL-42
y GRI-STAG-EXT1B-E-C-VAL-42

- La definición de “hijos cubiertos” se amplía para incluir a hijastros; un niño que usted o su cónyuge estén tratando de adoptar mediante procedimientos legales; un niño que tenga derecho a su cobertura o la de cónyuge, conforme a una orden judicial; y un nieto que se considere su dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de presentar la solicitud de cobertura.
- Por “emergencia” se entienden las condiciones médicas de aparición y gravedad recientes, como un dolor intenso, que llevarían a una persona prudente, con un conocimiento promedio en medicina y salud, a considerar que la condición, la enfermedad o la lesión de la persona es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado: un grave peligro para la salud del paciente, un grave deterioro de las funciones corporales, una grave disfunción de algún órgano o parte del cuerpo, una grave desfiguración o, en el caso de una mujer embarazada, un grave peligro para la salud del feto.
- Condición preexistente se define como una condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento o tratamiento médico, cualquier procedimiento o procedimientos de diagnóstico o evaluación adicional dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro de la póliza, o una condición que habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro de la póliza, o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura.
- Los gastos cubiertos para el análisis de conducta de un paciente ambulatorio se limitan a las personas cubiertas de 10 años de edad o más.
- Los gastos cubiertos para la capacitación en el autocontrol de la diabetes incluyen la capacitación proporcionada a una persona cubierta o al cuidador de una persona cubierta. No se aplica el límite de una vez de por vida para la persona cubierta en los programas de capacitación. Sin embargo, la capacitación debe realizarse después del diagnóstico inicial de diabetes, debe autorizarse por orden escrita de un médico después de un cambio significativo de los síntomas que requiera cambios en el régimen de autocontrol o para

la educación continua periódica o episódica cuando la prescriba un médico, según sea necesario debido al desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos.

- Los beneficios se amplían para incluir lo siguiente:
 - El dispositivo protésico u ortopédico más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas de la persona cubierta, según lo recomendado por el médico, podiatra, protesista u ortopedista de la persona cubierta.
 - El tratamiento del cáncer de seno, un mínimo de 48 horas de cuidado para pacientes hospitalizadas después de una mastectomía y 24 horas de cuidado para pacientes hospitalizadas después de una disección de los ganglios linfáticos.
 - El costo de un kit de pruebas de detección para recién nacidos.
 - Mamografía de diagnóstico. (No se aplica el límite de edad de 35 años). No se considera cuidado preventivo y no está sujeto al límite de cuidado preventivo.
 - Gastos incurridos por las personas cubiertas a las que se les ha diagnosticado diabetes insulino dependiente o no insulino dependiente, niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo o cualquier otra condición médica asociada con niveles elevados de glucosa en la sangre.
 - Examen de los trastornos del espectro autista para niños de 18 y 24 meses de edad que cumplan los requisitos.
 - Preparación modificada de aminoácidos médicamente necesaria, productos alimenticios modificados con bajo contenido en proteínas, cualquier otro producto dietético especial y fórmulas prescritas por un médico para el tratamiento terapéutico de la fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU), la galactosemia, las adicciones orgánicas y los trastornos del metabolismo de los aminoácidos.
 - Medición de masa ósea por indicación médicamente aceptada para detectar densidad ósea baja y determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis para una persona cubierta que sea: una mujer posmenopáusica que no esté recibiendo terapia de reemplazo de estrógeno, una persona con anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario o antecedentes de fracturas óseas, o una persona que esté recibiendo terapia de glucocorticoides a largo plazo o que esté siendo supervisada para evaluar la respuesta o la eficacia de una terapia farmacológica aprobada para la osteoporosis.

Diferencias entre Estados (planes de seguro)

Consulte la disponibilidad
y los beneficios, exclusiones
y limitaciones para cada
estado.

Texas, continuación

- Un examen de audición realizado en los primeros 30 días siguientes al nacimiento y el correspondiente seguimiento de diagnóstico necesario durante los primeros 24 meses siguientes al nacimiento. Los cargos pagados por el examen y los cuidados de seguimiento estarán exentos del deducible.
- Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia y rehabilitación neurocognitiva, pruebas o tratamientos neuroconductuales, neurofisiológicos, neuropsicológicos y psicofisiológicos, terapia de neuroretroalimentación, remediación, servicios de transición posaguda o servicios de reintegración a la comunidad necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida.
- Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los trastornos de la articulación temporomandibular y los trastornos de la articulación craneomandibular.
- Hasta \$200 cada cinco años para una de las siguientes pruebas no invasivas de detección de la aterosclerosis y la estructura y función anormal de las arterias: Tomografía computarizada (CT) para medir la calcificación de las arterias coronarias o ultrasonido para medir el espesor de la íntima-media de la carótida y la placa. Los beneficios se limitan a los hombres cubiertos de 45 a 76 años de edad y a las mujeres cubiertas de 55 a 76 años de edad que tengan diabetes o un riesgo intermedio o alto de desarrollar una enfermedad coronaria, según el algoritmo de predicción de riesgo coronario del estudio de salud de Framingham.
- Los costos del cuidado de rutina de pacientes por servicios, artículos o medicamentos proporcionados en relación con un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, si el ensayo clínico se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento de una enfermedad o condición que ponga en peligro la vida y está aprobado por: Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, o una junta de revisión de una institución del estado de Texas que tenga un acuerdo con la Oficina de Protección de Investigaciones en Seres Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Examen anual para la detección temprana del cáncer de ovario y de cuello uterino para las personas cubiertas de 18 años de edad en adelante, que incluye: Una prueba de CA-125 en la sangre, y un examen convencional de Papanicolaou o un examen mediante métodos de citología en base líquida, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.
- Examen anual mediante mamografía de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de seno oculto para las personas cubiertas de 35 años de edad o más.
- El diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o abuso de sustancias es el mismo que de otras enfermedades, incluidos los servicios recibidos en: Un centro psiquiátrico de tratamiento diurno, un centro de tratamiento residencial para niños o adolescentes y una unidad de estabilización de crisis.
- Aparatos auditivos o implantes cocleares médicamente necesarios para un niño elegible de hasta 18 años que esté cubierto, con límite de un audífono en cada oído cada tres años y un implante coclear en cada oído con reemplazo interno según sea audiológica o médicamente necesario.
- Los beneficios de trasplantes se modifican de la siguiente manera:
 - Los gastos cubiertos incluyen aquellos en los que realmente incurra una persona cubierta por los servicios y suministros indicados que: un médico administre u ordene, se proporcionen en relación con un trasplante incluido, sean médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad, y no estén excluidos en ninguna parte de la póliza. Estos gastos cubiertos se pagarán como una ampliación limitada de los beneficios médicos. Estarán sujetos a los términos de esa disposición, incluidos los deducibles, el coseguro, las exclusiones y las limitaciones.
 - Si no se utiliza un Centro de Excelencia designado, los gastos cubiertos de un trasplante incluido se reducirán en un 25 % después de aplicar cualquier deducible, disposición de coseguro o copago, y se limitan a uno como máximo.

Diferencias entre Estados (planes de seguro)

Consulte la disponibilidad
y los beneficios, exclusiones
y limitaciones para cada
estado.

Texas, continuación

- El período de espera de 6 meses no se aplica a los gastos en los que incurra una persona cubierta para el tratamiento de amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, hernias o cualquier otro trastorno de los órganos reproductivos.
- Para nosotros, es importante que usted esté satisfecho con la cobertura proporcionada. Este producto tiene un período de derecho de examen, también conocido como período de gracia. Después de solicitarla y una vez emitida su certificado, si no está satisfecho con que la cobertura cumpla con sus necesidades de seguro, puede devolvernos el certificado dentro de los 10 días y que se le reembolse la prima pagada. Consulte su certificado para obtener información detal.

West Virginia Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-E-C-47 y GRI-STAG-EXT1B-E-C-47

- Se amplía la definición de “niño que cumple los requisitos” para incluir aquellos que no estén casados y que sigan dependiendo principalmente de usted o de su cónyuge para su manutención debido a una discapacidad mental o física de conformidad con la póliza o el certificado, independientemente de su edad. La cobertura del hijo discapacitado no terminará debido a la edad. El dependiente puede seguir cubierto durante todo el plazo de cobertura.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Léalo detenidamente.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales mencionadas al final de este aviso) estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que le explica cómo podemos usar su información y en qué casos podemos entregar o "divulgar" dicha información a otros. También tiene derechos relacionados con su información médica que se describen en este aviso. Por ley, estamos obligados cumplir con los términos de este aviso. Los términos "información" o "información médica" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su salud física o mental, el suministro de atención médica o el pago de tal atención médica. Cumpliremos con las exigencias de las leyes de privacidad vigentes relacionadas con su aviso en caso de que ocurra una filtración de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio material de nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso actualizado o información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso actualizado. Le enviaremos esta información por correo directo o electrónicamente, según lo permita la ley vigente. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en nuestros sitios web, como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Cómo usamos o compartimos la información. Debemos usar y divulgar su información médica a fin de proporcionar información:

- A usted y cualquiera que tenga el derecho legal de decidir por usted (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

Nos reservamos el derecho de usar y divulgar la información médica para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para operar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.

- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud,** tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.

- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.

- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

En circunstancias particulares, podemos usar o divulgar su información médica con los siguientes fines:

- **Según sea requerido por ley.** Podemos divulgar información cuando sea requerido por ley.
- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada con su atención, como un miembro de la familia, cuando usted sufre una incapacidad o en una emergencia, o cuando usted acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su beneficio. Se aplican ciertas reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a todas las personas involucradas, antes de su muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida; a menos que este hecho se contradiga con la preferencia expresada anteriormente por el fallecido.
- **Para actividades de salud pública,** como informar brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para reportar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales, incluida una agencia de servicio social o de protección.
- **Para actividades de supervisión sanitaria,** tales como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.
- **Con fines de imposición del cumplimiento de la ley,** tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad** al, por ejemplo, divulgar información a las agencias de salud pública o autoridades legales, o en caso de una emergencia o desastre natural.

- **Para funciones especializadas del gobierno**, tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacionales, y los servicios de protección del presidente y otros.
- **Para la compensación del trabajador**, incluidas las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación del trabajador que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Con fines de investigación**, tales como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley sobre privacidad.
- **Para proveer información relacionada con personas fallecidas**. Podemos divulgar información a un médico forense o inspector médico para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte o según lo que autorice la ley. También podemos divulgar información a los directivos de las funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Con fines de obtención de órganos**. Podemos usar o divulgar información a las entidades que se encargan de la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o piel para facilitar la donación y el trasplante.
- **Para las instituciones penitenciarias u oficiales de aplicación de la ley** si usted es un interno de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Para asociados comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información fuera necesaria para esas funciones o servicios. Se exige que nuestros asociados comerciales, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, protejan la privacidad de su información, y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación**. Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de la privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: Abuso de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidos abuso sexual, enfermedades contagiosas, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Si se prohíbe el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso, o es sustancialmente limitada por otras leyes que se apliquen, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más rigurosa.

Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar sus notas de psicoterapia, vender su información médica a terceros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que constituyan comunicaciones publicitarias prohibidas conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autoriza a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona que reciba dicha información no la divulgue. Puede retirar o revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos

actuado en función de su autorización. Para revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Cuáles son sus derechos. A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica.

- **Tiene derecho a pedir el uso o divulgación restringidos** de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a sus familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de dicha atención. También tenemos políticas sobre el acceso de dependientes que pueden autorizar determinadas restricciones. **Comprenda que si bien tratamos de complacer su petición y permitimos peticiones acordes a nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho de pedir que se le envíen comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, enviarle información a una casilla de correo [PO Box], en lugar de a su casa). Complaceremos sus peticiones razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica, de alguna manera, pueda ponerle en peligro. En algunos casos, aceptaremos solicitudes verbales de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo.
- **Tiene derecho de ver y obtener una copia** de la información médica que poseemos acerca de usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, tendrá derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica en dicho formato. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de su información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviarla a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negarnos a aceptar su petición de inspección y copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Podemos cobrar un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a pedir que se modifique la información** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico, si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta. Debe solicitar por escrito y dar las razones para la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un resumen** de ciertas divulgaciones de su información que realizamos durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esta rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones de información: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) hechas a usted o con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios del orden público; y (iv) otras divulgaciones sobre las cuales la ley federal no nos obliga a proporcionar una rendición de cuentas.

• **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com.

• **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** (Solo en Nuevo México)
Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.

Ejercer sus derechos

• **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).

• **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.

• **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:

• Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719

• **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

Aviso sobre la Ley de Informes de Crédito Justos. En algunos casos, es posible que le solicitemos a una agencia de informes de crédito del consumidor que compile un informe del consumidor, incluido un informe de investigación del consumidor, sobre usted. Si solicitamos un informe de investigación del consumidor, le notificaremos de inmediato el nombre y la dirección de la agencia que proporcionará el informe. Puede solicitar por escrito que lo entrevisten como parte de la investigación. La agencia puede conservar una copia del informe. La agencia puede divulgarlo a otras personas según lo permitido por la Ley Federal de Informes de Crédito Justos (Federal Fair Credit Reporting Act).

Podemos divulgar información únicamente sobre nuestras transacciones o experiencias con usted a nuestras filiales.

MIB. Junto con nuestra membresía en MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), nosotros o nuestras reaseguradoras podemos hacer un informe de su información personal a MIB. MIB es una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida y salud que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si presenta una solicitud o reclamación de beneficios a otra compañía miembro de MIB para una cobertura de seguro de vida o de salud, MIB, a solicitud, le proporcionará a dicha compañía información sobre usted que tenga en su archivo.

Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes de Crédito Justos. Comuníquese con MIB a: MIB, Inc., 50 Braintree Hill Park Ste. 400, Braintree, MA 02184-8734, 1-866-692-6901, www.mib.com.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales enumeradas al final de este aviso) nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los fines de este aviso, "información personal financiera" significa toda información, que no sea de índole médica, sobre un asegurado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica al individuo, no está generalmente a disposición del público y se compila para esa persona en particular o se obtiene en relación con la provisión de cobertura de atención médica a esa persona.

Información que recopilamos. Según el producto o servicio que haya adquirido de nosotros, es posible que recopilemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos en su solicitud o en otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número del seguro social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de prima e historial de reclamaciones; e
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Divulgación de información. No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros asegurados ni de personas que hayan estado aseguradas a ningún tercero, excepto cuando la ley lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, hasta donde lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que obtengamos de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información;
- A las compañías no afiliadas para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales; y
- A las compañías no afiliadas que realizan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Restringimos el acceso a su información financiera personal a empleados, filiales y proveedores de servicios que participan en la administración de su cobertura de atención médica o le proporcionan servicios. Mantenemos todos los controles de seguridad física, electrónica y procesal que cumplen con los estándares federales para proteger su información financiera personal.

Confidencialidad y seguridad. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales vigentes para proteger su información financiera personal de riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios asegurados y restricciones sobre las personas que podrían tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 1-800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711). El Aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de enero de 2019, se proporciona en nombre de All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; Golden Rule Insurance Company; Oxford Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company y UnitedHealthcare Life Insurance Company. Para obtener una autorización para divulgar su información personal a un tercero, visite el sitio web correspondiente que figura en este Aviso.

Quiénes somos

Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora de los planes que figuran en este folleto. Por más de 75 años, hemos atendido las necesidades específicas de las personas y las familias que compran su propia cobertura. Los planes son administrados por United Healthcare Services, Inc.

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación “A+” (Superior) de A.M. Best,* una organización mundial independiente que evalúa las compañías de seguros y otras empresas, y publica su concepto sobre ellas. Esta calificación es muestra de nuestra solidez y estabilidad financiera.

Nuestros planes ofrecen un seguro de salud sencillo para las personas y las familias en tiempos de transición y de cambios. Los planes solo están disponibles para los miembros de FACT, la Federación de Consumidores y Viajeros de EE. UU. (consultar a continuación). Si aún no es miembro, puede inscribirse con su solicitud de TriTerm Medical para poder solicitar estos planes.

¿Qué es FACT?

FACT es una asociación independiente de consumidores que se benefician de un “paquete” de recursos. Los beneficios van desde ahorros en servicios de salud hasta descuentos en servicios al consumidor. La oficina principal de FACT está en Jonesboro, Arkansas. FACT y Golden Rule Insurance Company son organizaciones independientes. Ninguna tiene responsabilidad frente al funcionamiento de la otra. FACT contrató a Golden Rule Insurance Company para que sus miembros tengan acceso a estos planes de seguro de salud. FACT no recibe ninguna remuneración de Golden Rule Insurance Company.

¿La inscripción en FACT tiene algún costo?

Sí, hay cuotas de membresía que se pueden pagar con la prima regular del seguro de salud, sin necesidad de realizar un pago aparte.

¿Cuáles son los beneficios básicos para los miembros de FACT?

FACT les ofrece a sus miembros un catálogo completo de importantes beneficios, tales como:

- Beneficio por muerte accidental
- Beneficios intrahospitalarios, reembolso de ambulancia y cobertura de evacuación médica
- Acceso a telemedicina
- Descuentos en servicios dentales, para la vista, aparatos auditivos y medicamentos recetados
- Protección contra el robo de identidad y cibernética
- Clases de salud, bienestar y acondicionamiento físico por Internet
- Descuentos en viajes
- Cobertura de mascotas
- Becas y subvenciones comunitarias
- Programa de ayuda en casos de desastre y recuperación de pequeñas empresas

Su información, como miembro de FACT, es confidencial. Visite el sitio web de FACT, www.usafact.org/privacy-policy, para leer la Declaración de Privacidad de FACT completa. FACT puede cambiar o discontinuar cualquiera de los beneficios para sus miembros en cualquier momento. Si desea la información más reciente, incluidas las listas completas y detalladas de los beneficios para los miembros, visite el sitio web de FACT en www.usafact.org o llame a la línea gratuita (800) USA-FACT.

* Al 12/14/23. Para ver nuestra última calificación, ingrese a www.ambest.com.



Estado:

FL

Índice

Información y Red del Plan 2

Beneficios 3

Exclusiones y Limitaciones 6

Disposiciones del Plan 8



DIRECT

Planes TriTerm Medical Value y Value Direct

Planes asegurados por Golden Rule Insurance Company.

Este inserto debe usarse con nuestro folleto TriTerm 45747ESP-G para el estado de Florida.

Formulario de certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-VAL-09 (corresponde a los planes Value Direct de Florida) y GRI-STAG-EXT1B-P-C-VAL-09 (corresponde a los planes Value de Florida)

Aspectos Destacados de los Gastos Cubiertos dentro de la Red

3
PLAZOS

PLAZO 1
364 DÍAS

PLAZO 2
365 DÍAS

PLAZO 3
365 DÍAS

		Florida Value/Value Direct
Deducible (por persona y por vigencia; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000
Coseguro (% que usted paga después del deducible, por vigencia)	Usted paga:	Value: 30% o 50% Value Direct: 30%, 40% o 50%
Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro (después del deducible, por persona y por vigencia)	Usted paga hasta:	\$10,000
Beneficio Máximo (por persona una vez en la vida)	Pagamos hasta:	Value: \$2 millones Value Direct: \$1 millón

Salud

	Usted paga:	
Visita al Consultorio Médico (Historial y Examen solamente) (por persona y por vigencia)		Coseguro elegido después del deducible
Centro de Cuidado de Urgencia		\$75 de copago
Cuidado Preventivo²		Sin cobertura
Sala de Emergencias (Accidentes y Enfermedades) (sólo por enfermedad: \$500 de deducible adicional si no se le admite)		Coseguro elegido después del deducible
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios, Laboratorio y Radiografías		Coseguro elegido después del deducible

Farmacia

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	Sin cobertura Usted recibirá una tarjeta de descuentos. ³
---	---

+ Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente ¹ Corresponde al deducible médico seleccionado (página 8)	Pagamos hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000
---	----------------	--

La primera fecha de vigencia es de 5 días después de la solicitud. La cantidad proporcionada de los beneficios depende del plan seleccionado y la prima variará según la cantidad seleccionada de los beneficios. Los beneficios fuera de la red varían. Consulte los detalles arriba a la derecha. Los copagos no se aplican al deducible, al coseguro ni al máximo de gastos de su bolsillo de coseguro. Esta cobertura no califica como "Cobertura mínima esencial", como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y es posible que no cubra todos los beneficios esenciales de salud en su estado. ¹Se requiere una prima adicional. ² Para consultar los Servicios de Salud Preventiva para Niños, véase la página 3. ³ Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento recetado.

UnitedHealthcareChoice Plus Network

Además de los beneficios dentro de la red, estos planes pagan beneficios **más bajos** fuera de la red. Tendrá que pagar más si utiliza proveedores que no pertenecen a la red debido a las multas que se aplican. Encuentre información más adelante. Por el cuidado que no es de emergencia prestado por Proveedores Que No Pertenecen a la Red, usted paga: (a) todos los cargos que excedan lo que se considera un gasto admitido; (b) una multa del 25% del gasto admitido, que no cuenta para alcanzar el deducible; y (c) un deducible igual al doble del deducible de la red. No hay un máximo de gastos de su bolsillo para los proveedores que no pertenecen a la red. Los gastos de su bolsillo reales pueden ser superiores al coseguro establecido porque es posible que no utilicemos la factura de un proveedor que no pertenece a la red para calcular lo que nosotros pagamos y lo que usted paga.



Visite UHOne.com y seleccione **Find A Doctor** (Buscar un Médico) para buscar proveedores de la red en su estado.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Servicios de Ambulancia

- Servicio de ambulancia terrestre al hospital más cercano que pueda prestar los servicios necesarios de cuidado de emergencia.
- Servicios de ambulancia aérea solicitados por la policía o las autoridades médicas en el lugar de la emergencia o en los sitios a los que no se puede llegar en una ambulancia terrestre.

Gastos del Tratamiento del Cáncer

- Radioterapia y quimioterapia.
- Gastos relacionados con una mastectomía y, si la persona cubierta elige la reconstrucción del seno, incluye todas las etapas de la reconstrucción, y la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
- Costo de una peluca por persona cubierta, hasta \$500, si se necesita debido a la pérdida de cabello a causa de tratamientos para el cáncer o quemaduras traumáticas.
- Un sostén de mastectomía por año si la persona cubierta se ha sometido a una mastectomía cubierta.

Servicios de Salud Preventiva para Niños

Servicios para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad, sujetos a un deducible y coseguro. Los servicios de vacunas que califiquen como servicios de cuidado médico preventivo para niños están exentos de cualquier deducible, coseguro o copago.

Lesiones Dentales

Gastos dentales por una lesión en los dientes naturales sufrida después de la fecha de vigencia de la cobertura. Los gastos deben incurrirse dentro de los 6 meses siguientes al accidente.

No se pagan beneficios por lesiones causadas por problemas de masticación.

Diabetes

- Equipos, suministros y servicios para la diabetes.
- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes si el médico o el profesional del cuidado de la salud determinan que es médicamente necesario. Se limita a un programa de capacitación por persona, de por vida, a menos que se recete una capacitación adicional debido a un cambio significativo en los síntomas o la condición.

Pruebas de Diagnóstico

Pruebas mediante servicios de radiología, ultrasonido o laboratorio (no se incluyen las pruebas psicométricas, conductuales y educativas).

Equipo Médico Duradero

- Alquiler de silla de ruedas estándar no motorizada, cama de hospital, caminador estándar, cojín para silla de ruedas o ventilador.
- Costo de una máquina de movimiento pasivo continuo (Continuous Passive Motion, CPM) por persona cubierta después de una cirugía cubierta de las articulaciones.

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio

Para que califique para los beneficios, el cuidado de asistencia médica a domicilio debe prestarse a través de una agencia autorizada. Los gastos cubiertos de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se limitarán a 7 visitas por semana y un máximo de 365 visitas de por vida. Los beneficios para el cuidado de asistencia médica a domicilio no se extenderán después del plazo de su plan. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se contará como una visita. Los servicios privados de enfermería certificada se limitarán a un máximo de 1,000 horas una vez en la vida. Las visitas intermitentes de los servicios privados de enfermería certificada no deben exceder de 4 horas cada una y se limitan a \$75 por visita (2 horas por visita cuentan para alcanzar el máximo una vez en la vida del servicio privado de enfermería).

No se pagan beneficios por relevo del cuidador, cuidado de custodia o cuidado educativo.

Cuidados Paliativos

Para acceder a los beneficios, el centro de cuidados paliativos el enfermo terminal cubierto debe tener una licencia del estado en el que opera. Los beneficios para pacientes hospitalizados en un centro de cuidados paliativos están sujetos a un deducible y coseguro, y se limitan a 180 días una vez en la vida de una persona cubierta.

Los gastos cubiertos de habitación y comida se limitan a la tarifa de habitación semiprivada más común del hospital o el asilo de convalecencia a la que esté asociado el centro de cuidados paliativos (o a un máximo de \$200 diarios si no está asociado al hospital o al asilo). Máximo de \$250 para terapia del duelo.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Servicios Hospitalarios

Servicios de habitación y comida diaria en el hospital a la tarifa más común de una habitación semiprivada; gastos admitidos de una unidad de cuidados intensivos; uso como paciente hospitalizado o ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación de una cirugía; servicios y suministros, incluidos los medicamentos que habitualmente se administran a las personas solo mientras estén hospitalizadas; tratamiento de emergencia de una lesión o enfermedad. Los gastos cubiertos de sala de emergencias están sujetos a un deducible adicional de \$500 por cada visita a la sala de emergencias por una enfermedad, a menos que la persona cubierta sea admitida directamente en el hospital para el tratamiento posterior de la enfermedad.

El hospital no incluye un asilo de convalecencia ni un centro de cuidado a largo plazo.

Suministros Médicos

- Vendajes y otros suministros médicos necesarios.
- Costo y administración de un anestésico o de oxígeno.

Cirugía para Pacientes Ambulatorios

Cirugía en un consultorio médico o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, incluidos servicios y suministros.

Honorarios del Médico

- Honorarios profesionales de médicos, practicantes médicos y cirujanos.
- Los honorarios del cirujano asistente se limitan al 16% de los gastos admitidos del procedimiento.

Prótesis

Ojos o laringe artificiales, prótesis de seno, dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos. Dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos limitados a un dispositivo o servicio o reemplazo cada 3 años, a menos que se demuestre que son médicamente necesarios. Si más de un dispositivo puede satisfacer las necesidades funcionales de la persona cubierta, solo el cargo del dispositivo más rentable se considerará un gasto cubierto.

Cirugía Reconstructiva

- Cirugía reconstructiva incidental o posterior a una cirugía o una lesión que estaba cubierta por el certificado o que se realiza para corregir un defecto congénito en un niño que

ha tenido cobertura desde su nacimiento hasta la fecha en que se realiza la cirugía.

- Cirugía craneofacial reconstructiva y servicios relacionados para una persona cubierta de cualquier edad a la que se le haya diagnosticado una anomalía craneofacial, si un equipo de hendiduras craneofaciales aprobado a nivel nacional y la Asociación Estadounidense del Paladar Hendido y Craneofacial en Chapel Hill, North Carolina, determinan que la cirugía es médicamente necesaria para mejorar la limitación funcional resultante.

Centro de Rehabilitación y de Cuidado a Largo Plazo (ECF)

Para tener derecho a los beneficios, un centro de rehabilitación o de cuidado a largo plazo debe tener una licencia del estado en el que opera. Los servicios o la reclusión deben comenzar dentro de los 14 días de una estadía de 3 días o más en el hospital, por la misma enfermedad o lesión. El máximo combinado de la póliza es de 60 días por persona y por vigencia, tanto para la rehabilitación como para los gastos de un centro de cuidado a largo plazo (Extended Care Facility, ECF). Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

Trastornos de la Columna Vertebral y la Espalda

Se limitan a pacientes hospitalizados y al tratamiento quirúrgico.

Tratamientos Terapéuticos

- Hemodiálisis, procesamiento y administración de sangre o componentes sanguíneos (pero no el costo de la sangre o los componentes).
- Terapia ocupacional después de un tratamiento cubierto de lesiones traumáticas de la mano.

Beneficio de Gastos de Trasplante

Los siguientes trasplantes están cubiertos al igual que cualquier otra enfermedad: córnea, injertos arteriales o venosos, injertos de válvulas cardíacas, prótesis de tejido y reemplazo de articulaciones, y prótesis de lentes para cataratas.

Para obtener información de todos los demás trasplantes cubiertos, consulte el certificado de "Trasplantes incluidos" en la sección de Beneficios de gastos de trasplante. La persona cubierta debe ser un candidato adecuado, según nuestra opinión.

Beneficios Médicos

(planes de seguros)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Beneficio de Gastos de Trasplante, continuación

El trasplante no debe ser experimental o de investigación. Los gastos cubiertos de los “Trasplantes Incluidos” se limitan a 2 durante un máximo de 36 meses de duración de la póliza, por persona. Golden Rule Insurance Company ha llegado a acuerdos con ciertos hospitales de todo el país (“Centros de Excelencia” o COE) para que realicen servicios de trasplante específicos. En un Centro de Excelencia designado, los gastos cubiertos incluyen la obtención del trasplante y el transporte y alojamiento, y se limitan a \$5,000 por trasplante. Si no se usa el Centro de Excelencia, hay un límite de 1 trasplante por una duración máxima de 36 meses de la póliza, por persona, y un máximo de beneficios de \$100,000; la obtención, el transporte y el alojamiento no están cubiertos.

No se pagan beneficios por:

- Búsqueda y pruebas para localizar un donante compatible.
- Cultivo profiláctico de médula ósea y recolección de células madre de sangre periférica cuando no se realiza un “trasplante incluido”.
- Trasplantes de animales a humanos.
- Dispositivos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar un órgano humano de forma temporal o permanente.
- Obtención o transporte del órgano o tejido, a menos que se disponga expresamente en esta disposición.
- Mantener vivo a un donante para la operación de trasplante.
- Operación para que un donante vivo reciba un órgano trasplantado para reemplazar el órgano que dona.
- Un trasplante en estudio en un ensayo clínico de fase I o II en curso, como se establece en el reglamento de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration, USFDA).

Beneficios Adicionales

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluidos los tratamientos basados en pruebas.
- Análisis de conducta aplicado en un paciente ambulatorio para el tratamiento de trastornos del espectro autista hasta un máximo de \$50,000 por vigencia de la póliza y por persona cubierta.

- Exámenes de cáncer colorrectal y pruebas de laboratorio de acuerdo con las directrices publicadas por la Sociedad Estadounidense del Cáncer.
- Un examen rectal digital y una prueba del antígeno específico de la próstata por vigencia de la póliza y por persona cubierta, para la detección temprana del cáncer de próstata (excepto a partir del deducible).
- Cuidados y tratamientos médicamente necesarios para la pérdida o el deterioro del habla y la audición, incluidos los trastornos de la comunicación.
- Tratamiento de trastornos que requieren nutrientes o fórmulas especializadas, incluido el tratamiento con alimentos medicinales, sin importar si el método de administración es enteral u oral.
- Gastos de cuidado de rutina del recién nacido durante su hospitalización dentro de los cinco días siguientes al nacimiento de la persona cubierta o antes de que la madre reciba el alta, según lo que ocurra primero.
- Marcapasos gástrico médicamente necesario.
- Servicios de telemedicina en la misma medida en que los servicios prestados estarían cubiertos por el certificado, en otras circunstancias, incluida la tarifa que el centro paga al lugar de origen. El reembolso combinado al lugar de origen y al lugar remoto se limita al gasto cubierto por el servicio cuando se presta de forma presencial.
- Anestesia general y servicios prestados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria para el cuidado dental necesario para un niño cubierto: menor de 8 años con una condición dental muy compleja o una discapacidad de desarrollo para la cual el tratamiento en un consultorio dental sería ineficaz; o que tiene una o más condiciones médicas que crean un riesgo significativo o indebido si la atención dental necesaria no se realizó en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.
- Servicios y tratamientos médicamente necesarios para el labio leporino y el paladar hendido de un niño menor de 18 años.
- Procedimientos diagnósticos o quirúrgicos que involucren huesos o articulaciones de la mandíbula y la región facial si, según las normas médicas aceptadas, el procedimiento o la cirugía son médicamente necesarios para tratar condiciones causadas por una deformidad congénita o de desarrollo, una enfermedad o una lesión.

Información Adicional

(planes de seguros)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. El certificado contiene información completa.

Detalles del Certificado

Exclusiones o Limitaciones

No se pagarán beneficios por servicios o suministros que no sean administrados u ordenados por un médico y que sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como se define en el certificado, o, si corresponde, que estén cubiertos por la disposición de Beneficios de Gastos de Cuidado Preventivo.

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- **Condiciones preexistentes** — Condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento, cualquier procedimiento o procedimientos de diagnóstico o evaluación adicional dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o una condición cuya manifestación habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura.
- NOTA: Incluso si tuvo cobertura antes de Golden Rule Insurance Company y sus condiciones preexistentes estaban cubiertas por ese plan, no estarán cubiertas por este plan durante los primeros 12 meses.
- Gastos que no se habrían cobrado si no tuviera un seguro.
 - Gastos impuestos por un proveedor (incluido un hospital) que el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
 - Servicios prestados por un familiar inmediato.
 - Gastos que no estén identificados e incluidos como cubiertos en el certificado o que superen los gastos admitidos.
 - Servicios o suministros que se proporcionen antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de finalización de la cobertura.
 - Tratamiento de trastornos de la columna vertebral y la espalda en pacientes ambulatorios.
 - Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
 - Procedimientos de cambio de peso o tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluido el método de alambrado mandibular y todas las formas de cirugía de derivación intestinal.

- Reducción o aumento de los senos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos para la concepción, incluidos, entre otros, inseminación artificial o tratamiento de la infertilidad o la impotencia.
- Esterilización o reversión de la esterilización.
- Cirugía de reducción fetal o aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro).
- Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) o trastornos craneomandibulares, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, como una cirugía de cambio de sexo.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en el certificado, incluidas consultas telefónicas, incumplimiento de citas, gastos de televisión o gastos de teléfono.
- Terapia de pareja, familia o niños.
- Disponibilidad de reserva de un médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Habitación y comida en el hospital y servicios de enfermería si se le admite un viernes o un sábado, a menos que sea una emergencia o una cirugía médicamente necesaria que esté programada para el día siguiente.
- Gastos de cuidado dental, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos estéticos.
- Diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas disciplinarios, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- Paternidad subrogada.
- Tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
- Cargos relacionados con trasplantes de tejidos u órganos, o con la preparación de los mismos, excepto por lo dispuesto de manera expresa en los Beneficios de gastos de trasplante del certificado.

Información Adicional

(planes de seguros)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. El certificado contiene información completa.

Exclusiones Generales, continuación

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Lesiones por participación en deportes profesionales o semiprofesionales o actividades atléticas con fines de lucro, según lo determinado por Golden Rule Insurance Company.
- Quimioterapia de alta dosis realizada antes de o junto con un trasplante de médula ósea autólogo o de donante, excepto por lo dispuesto de manera específica en los Beneficios de gastos de trasplante del certificado.
- Cirugía refractiva del ojo, cuando el propósito principal es corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
- Cuidado de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería cuando se esté confinado para rehabilitación, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular, terapia visual, o cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Gastos debidos al embarazo (salvo por complicaciones), excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Cualquier gasto, incluidas las pruebas diagnósticas realizadas en reclusión, principalmente para el cuidado del bebé sano, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamiento de trastornos mentales, o del abuso de sustancias si lo ordena un tribunal.
- Cuidado preventivo o profiláctico, incluidos exámenes médicos de rutina, exámenes prematrimoniales y programas educativos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Gastos incurridos fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia.
- Gastos que resulten de una guerra declarada o no declarada; lesiones corporales autoinfligidas de manera intencional (ya sea en sano juicio o por enajenación mental); o participación en un motín o delito grave (así la persona sea declarada culpable o inocente).
- Gastos destinados a o relacionados con equipo médico duradero o con su adecuación, instalación, ajuste o retiro o con las complicaciones derivadas, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos alternativos, excepto que estén cubiertos de manera específica en el certificado, incluidos acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, rolfiing y otros tratamientos alternativos definidos por la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
- Gastos de salarios o ganancias laborales, si están cubiertos o deben estar cubiertos por el seguro de indemnización laboral de conformidad con la ley estatal o federal. Si celebró un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar beneficios médicos futuros conforme a una ley de indemnización laboral o un plan de seguros, esta exclusión seguirá siendo aplicable.
- Gastos que se deban a una lesión o enfermedad causada por los efectos del alcohol, según la definición de la ley del estado donde ocurrió la enfermedad o la lesión, o de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico.
- Reemplazo de articulaciones, a menos que tenga relación con una lesión cubierta por el certificado.
- Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de los siguientes deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte motorizado, buceo (cuando se bucea a 60 pies [18 m] de profundidad o más), paracaidismo acrobático, puenting o deportes de rodeo.
- Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de las siguientes actividades, si la persona cubierta recibe una remuneración por su participación o instrucción: operación o conducción de una motocicleta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte no motorizado, paseos a caballo, escalada de rocas o montañas, o esquí.
- Lesiones sufridas al desempeñar las funciones de un tripulante de una aeronave, lo que incluye impartir o recibir entrenamiento en una aeronave.
- Terapia vocacional o recreativa, rehabilitación vocacional o terapia ocupacional, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Gastos que resulten de tratamientos experimentales o de investigación, o de servicios no comprobados.
- Los gastos en los que incurra una persona cubierta para el tratamiento de amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, hernias o cualquier otro trastorno de los órganos reproductivos no estarán cubiertos durante los primeros 6 meses de cobertura de la póliza. Esta exclusión no se aplicará si el tratamiento se proporciona en una situación de emergencia.

Información Adicional (planes de seguros)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. El certificado contiene información completa.

Beneficio Suplementario Opcional de Accidentes

de los Planes de TriTerm Medical Formulario SA-S-1899RG-GRI y diferencias entre estados

Por una prima adicional, reduzca o elimine su exposición a los gastos de bolsillo causada por lesiones sufridas en accidentes. El Beneficio Suplementario para Accidentes corresponde a su deducible, al pagar el tratamiento de una lesión imprevista dentro de los 90 días de un accidente. La cantidad máxima del beneficio (\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000) es por accidente y por persona cubierta.

Tarifa de Solicitud

Debe pagar una tarifa no reembolsable de \$40 por la solicitud.

Coordinación de Beneficios (incluido Medicare)

Si después de emitir la cobertura, una persona cubierta pasa a estar asegurada por otro plan de salud o por Medicare, los beneficios se determinarán según la cláusula de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB).

La cláusula de Coordinación de Beneficios permite que dos o más planes trabajen entre sí para que la cantidad total de todos los beneficios nunca supere el 100% de los gastos cubiertos. Esta cláusula también tiene en cuenta la cobertura médica de los contratos de autoseguro. Para determinar cuál plan es el principal, consulte el “orden de los beneficios” en el certificado.

Dependientes

A los efectos de esta cobertura, los dependientes cubiertos son su cónyuge legal y niños que cumplen los requisitos. Un hijo debe ser menor de 31 años y estar soltero para cumplir los requisitos. Se considerará que un niño que no esté casado y que siga dependiendo principalmente de usted o de su cónyuge para su manutención y sostenimiento debido a una discapacidad mental o física cumple los requisitos de la póliza/certificado, independientemente de la edad. La cobertura del hijo discapacitado no terminará debido a la edad. El dependiente puede seguir cubierto durante todo el plazo de cobertura.

Fecha de Vigencia

Los gastos por lesiones y enfermedades se admiten en la cobertura a partir de la fecha de vigencia de su plan. Su certificado entrará en vigencia en la que sea posterior de las siguientes fechas:

- La fecha de vigencia indicada en su solicitud; o
- El 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company* reciba su solicitud, pero sólo si se cumplen todas las siguientes condiciones:
 - A. Recibimos su solicitud y el pago de la prima correspondiente dentro de los 15 días de su firma;* *
 - B. Su solicitud está debidamente completada y no hay cambios;
 - C. Su solicitud es aprobada después de que Golden Rule Insurance Company la revise;
 - D. Usted reside en un estado en el que se puede emitir el formulario de certificado; y
 - E. Si la solicitud es presentada mediante un agente o corredor, el agente o corredor está debidamente autorizado y designado para realizar solicitudes ante Golden Rule Insurance Company.

* Si se envía por correo y no lleva el matasellos del Servicio Postal de los EE. UU. o si el matasellos no es legible, la fecha de vigencia será la más tardía de las siguientes: (1) la fecha que usted solicitó; o (2) el 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company recibió la solicitud. Si la solicitud se envía por cualquier medio electrónico, incluido el fax, su cobertura entrará en vigencia en la última fecha entre: (1) la fecha de vigencia indicada; o (2) el 5.º día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company recibió la solicitud.

* Se cobrará un cargo de forma inmediata a su cuenta.

Requisitos de Participación

En el momento de la solicitud, el asegurado principal debe tener al menos 19 años de edad.

Gastos Aprobados

Un gasto admitido significa un gasto cubierto de la siguiente manera:

- **Proveedores de la Red:** Tarifa contratada con el proveedor.
- **Proveedores Que No Pertenecen a la Red:** Según la definición que aparece en el certificado.

Emergencia

Por “emergencia” se entiende una condición médica imprevista o repentina que se manifiesta mediante signos o síntomas agudos que podrían provocar razonablemente la muerte o una grave discapacidad si no se presta atención médica en un plazo de 24 horas.

Información Adicional

(planes de seguros)

Este es sólo un resumen general de los beneficios, disposiciones y exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. El certificado contiene información completa.

Beneficios Más Bajos Fuera de la Red

Estos planes pagan beneficios más bajos fuera de la red.

Tendrá que pagar más si utiliza proveedores que no pertenecen a la red debido a las multas que se aplican. Encuentre información más adelante. **Por el cuidado que no es de emergencia prestado por Proveedores Que No Pertenecen a la Red, usted paga:** (a) todos los cargos que excedan lo que se considera un gasto admitido; (b) una multa del 25% del gasto admitido, que no cuenta para alcanzar el deducible; y (c) un deducible igual al doble del deducible de la red. No hay un máximo de gastos de su bolsillo para los proveedores que no pertenecen a la red. Los gastos de su bolsillo reales pueden ser superiores al coseguro establecido porque es posible que no utilicemos la factura de un proveedor que no pertenece a la red para calcular lo que nosotros pagamos y lo que usted paga.

No Renovable

TriTerm Medical se emite por un período específico. Podemos cancelar la cobertura si una persona cubierta comete fraude o presenta una declaración falsa material, o tiene conocimiento de estos actos ilegales, en el momento de presentar un reclamo de beneficios. La cobertura seguirá vigente hasta la fecha de finalización que figura en su certificado. Le informaremos con anticipación cualquier cambio en la cobertura o los beneficios, a menos que la póliza se cancele antes por cualquier motivo indicado en la sección Cancelación.

Prima

Se prevé que la cantidad de la prima cambiará en cada plazo.

Factores para Determinar las Tarifas

El plan, la edad y el sexo de las personas cubiertas, el tipo y nivel de los beneficios, la condición de fumador, la condición de clase del seguro, el tiempo de vigencia del certificado y el lugar de residencia en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que determinan las tarifas de las primas. Ocasionalmente, podemos cambiar la tabla de tarifas. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en la fecha de vencimiento de dicha prima. En la última dirección que figura en nuestros registros, recibirá por correspondencia un aviso con al menos 31 días de anticipación sobre cualquier plan

que tengamos de tomar medidas o realizar cambios que estén permitidos en la disposición sobre primas del certificado. No habrá ningún cambio en su prima por el simple hecho de los reclamos presentados conforme al certificado o por un cambio en la salud de la persona cubierta.

Cancelación

El certificado se cancelará en la primera fecha entre:

- La fecha en que todas las personas cubiertas por el certificado se muden fuera del estado en el que se emitió el certificado.
- El fallecimiento del asegurado principal. Si el certificado incluye dependientes y la persona asegurada principal fallece, su cónyuge puede continuar con el certificado, si es una persona cubierta; de lo contrario, lo podrá hacer el hijo menor si es una cubierta.
- La falta de pago de las primas a su debido tiempo.
- La fecha de finalización que figura en la página de datos del certificado.
- La fecha en que recibamos su solicitud de cancelar el certificado.
- La fecha en que la persona asegurada principal cumpla 65 años.
- La fecha en que acepte una contribución de su empleador para cualquier porción de la prima, o la fecha en que usted y su empleador manejen el plan como un seguro proporcionado por el empleador con cualquier fin, incluidos propósitos fiscales.