

Gracias por su interés en este producto. La misión de Golden Rule Insurance Company, como compañía de UnitedHealthcare, es ayudar a las personas a llevar una vida más saludable. Estamos disponibles para responder sus preguntas y ayudarle sin ninguna obligación de comprar. **Si necesita ayuda para comprender este producto, llame a Golden Rule Insurance Company, visite uhone.com o comuníquese con su agente de seguros de salud.**

Las respuestas a las preguntas sobre este producto las encuentra en la información detallada de este folleto. El siguiente aviso es una exigencia de la ley.

IMPORTANTE: Esta es una póliza a corto plazo, de duración limitada, NO una cobertura de salud integral

Esta es una póliza temporal limitada que tiene menos beneficios y protecciones federales que otros tipos de opciones de seguro de salud, como los de HealthCare.gov

Esta póliza	Seguro en HealthCare.gov
Podría no cubrirle debido a condiciones de salud preexistentes como diabetes, cáncer, derrame cerebral, artritis, enfermedad coronaria, trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	No puede negarle cobertura debido a condiciones de salud preexistentes
Podría no cubrir cosas como medicamentos recetados, exámenes preventivos, cuidado de maternidad, servicios para emergencias, hospitalización, cuidado pediátrico, fisioterapia y más	Cubre todos los beneficios de salud esenciales
Podría no tener límite para lo que usted paga de su bolsillo por el cuidado	Le protege con límites a lo que usted paga cada año de gastos de bolsillo por beneficios de salud esenciales
No cumplirá los requisitos para recibir ayuda financiera federal para pagar las primas y los gastos de su bolsillo	Muchas personas cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera federal
No tiene que cumplir normas federales para cobertura de salud integral	Todos los planes deben cumplir las normas federales

¿Busca un seguro de salud integral?

- **Visite HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener seguro de salud a través de su empleo, o del empleo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su Estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) (naic.org) en “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).



Planes Médico a Corto Plazo para momentos de transición y cambio

Seguro de Salud a Corto Plazo | FL, IN, MI, MS, NE, PA, TN, TX, WI y WV



SEGURO DE SALUD SOLO DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS DE LA FEDERACIÓN DE CONSUMIDORES Y VIAJEROS DE EE. UU. (FACT). ESTOS PLANES DE SEGURO DE SALUD SE EMITEN COMO PLANES DE GRUPO DE UNA ASOCIACIÓN Y SOLO ESTÁN DISPONIBLES PARA LOS MIEMBROS DE FACT. GOLDEN RULE INSURANCE COMPANY ES LA ASEGURADORA Y ADMINISTRADORA DE ESTOS PLANES. ENCUENTRE MÁS INFORMACIÓN SOBRE FACT EN LA ÚLTIMA PÁGINA.

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D y otras diferencias entre estados

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.

UnitedHealthcare®
Golden Rule Insurance Co.

Índice

Por Qué Elegir un Plan de Salud a Corto Plazo	4
Información del plan	5
Ahorros y red	6
Más opciones de cobertura	7
Preguntas Frecuentes	8
Beneficios médicos	9
Exclusiones/limitaciones	12
Disposiciones de los planes	14
Diferencias entre estados	16
Información de FACT y aviso de privacidad	25



¿Por Qué Elegir un Plan Médico a Corto Plazo?

Los planes Médicos a Corto Plazo están diseñados como cobertura de salud por tiempo limitado cuando el seguro a largo plazo no está disponible para usted

Porque la vida avanza rápido



Solicite cobertura cualquier día del año

No se requiere un evento que califique y no hay que esperar un período de inscripción



Solicite rápido

Los planes están asegurados médicamente y las preguntas breves sobre la solicitud ayudan a determinar si cumple los requisitos para la cobertura



Elija la duración de su plan

Con estos planes, puede tener hasta 4 meses de cobertura total durante 12 meses¹



Escoja su plan

Planes múltiples con diferentes opciones de beneficios y deducibles disponibles, incluidas las opciones de planes específicamente para familias

Porque la vida puede ser impredecible



Cobertura que necesita

Para visita al consultorio, visitas de cuidado de urgencia, hospitalización, cuidado preventivo limitado y más



Cobertura de medicamentos recetados

Disponible en la mayoría de los planes



Red nacional

Acceso a cuidado de calidad a tarifas reducidas de 1.8 millones de médicos y profesionales de la salud y 7,200 hospitales y centros médicos²



No se requieren referencias ni un médico de cuidado primario (Primary Care Physician, PCP)

Acuda a cualquier médico de la red en todo el país³

¹ Duración de 3 meses con una extensión de hasta un mes para un total de 4 meses de cobertura.

² Formulario anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/23

³ No hay beneficios fuera de la red, excepto para emergencias (consulte la página 6)

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 póliza determinará todos los términos de la cobertura. Es importante señalar que hay **Diferencias entre Estados, Exclusiones o Limitaciones y Disposiciones del Plan**. Este plan está asegurado médicamente. **No se pagarán beneficios por condiciones de salud que existan antes de la fecha de vigencia del seguro.**

Información del plan

Aspectos Destacados de los Gastos Cubiertos dentro de la Red		Copay	Premier Elite y Plus Elite	Plus	Value	Value Direct No disponible en Indiana
Deducible por Cada Persona (por cada vigencia; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	Solo Plus Elite: \$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500 o \$15,000	\$5,000, \$10,000 o \$15,000
Deducible Familiar (por cada vigencia; un deducible por alcanzar para todos los familiares cubiertos combinados)	Usted paga hasta:	No disponible	Solo Premier Elite: \$5,000, \$10,000 o \$14,000	No disponible	No disponible	No disponible
Coseguro (% que usted paga después del deducible, por cada vigencia)	Usted paga:	20%	0%	20%	30%	40%
Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro (después del deducible, por cada persona y por cada vigencia)	Usted paga hasta:	\$5,000	\$0	\$2,000	\$10,000	\$10,000
Beneficio Máximo (por cada persona y por cada vigencia)	Pagamos hasta:	\$2 millones	\$2 millones	\$2 millones	\$1 millón Solo en Indiana: \$2 millones	\$500,000
Aspectos médicos						
Visita al Consultorio Médico – Historial y Examen solamente (por cada persona y por cada vigencia)		\$50 de copago ¹	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Visita a Centro de Cuidado de Urgencia (por cada persona y por cada vigencia)		\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	40% después del deducible
Cuidado Preventivo (consulte la página 10 para obtener más información y conocer las limitaciones)	Usted paga:	20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Sala de Emergencias – Accidentes y Enfermedades		20% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no se le admite)	Sin cargo después del deducible (\$500 de deducible adicional si no se le admite)	20% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no se le admite)	30% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no se le admite)	40% después del deducible (\$750 de deducible adicional si no se le admite)
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios, Laboratorio y Radiografías		20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Farmacia						
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (para los planes que proporcionan cobertura, al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio más bajo posible por los medicamentos recetados en el punto de venta)	Usted paga:	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2–4: 20% después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por cada persona y por cada vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2–4: Sin cargo después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por cada persona y por cada vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2–4: 20% después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por cada persona y por cada vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2–4: 30% después del deducible (Máximo \$2,500 de gastos cubiertos por cada persona y por cada vigencia)	Sin cobertura Usted recibirá una tarjeta de descuentos ²
Beneficios Opcionales						
Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente³ (consulte la página 14)	Pagamos hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000

La cantidad proporcionada de los beneficios depende del plan seleccionado y la prima variará según la cantidad seleccionada de los beneficios. Estos planes solo pagan beneficios por los gastos admitidos de un proveedor de la red. Consulte los detalles en la página 6. 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. ¹ El número de visitas al consultorio médico disponibles para un copago varía según la duración del plan: 1–3 meses = 1 visita, 4 meses = 2 visitas. **Las 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. ² Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento recetado. ³ Se requiere una prima adicional.

Obtenga acceso a nivel nacional a cuidado de calidad y ahorros de costos.

Use la red UnitedHealthcare Choice para sus beneficios



Ahorre en las primas

- Elija un deducible más alto: Si acepta cubrir más antes de que el seguro comience a pagar, puede reducir la prima de su plan



Ahorre en los costos de cuidado de la salud

- Cuidado dentro de la red disponible a tarifas más bajas negociadas
- Los proveedores de la red aceptan no facturarle a una tarifa más alta que la negociada

Red Nacional*

 **1.8M+**  **7,200+**
proveedores hospitales

- No se requiere referencia para visitar a un especialista de la red
- Visite a cualquier médico o centro de la red en todo el país



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



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.

Complete su cobertura



Dos opciones de telesalud

Si desea cobertura para consultas virtuales, su Plan Médico a Corto Plazo puede ayudarlo.

1. Al agregar el Beneficio de Cuidado Virtual¹ a su plan, puede usar Amwell para consultar a un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener cuidado rápido y una receta cuando sea necesario. Sin citas ni extensos tiempos de espera, es una excelente opción de cuidado cuando cree que podría tener gripe, sinusitis, tos, resfriado, fiebre, conjuntivitis, náuseas, entre otros. Puede disfrutar de consultas médico por video de costo \$0 cuando lo necesite.
2. Si un médico habitual de la red ofrece servicios de telesalud, usted puede aprovechar ese servicio con tarifas más bajas y negociadas de la red. Se aplican las tarifas de deducible y coseguro de su plan.



Beneficios por accidente

El Beneficio Suplementario por Accidentes¹ puede ayudarlo a cubrir su deducible u otros gastos médicos de bolsillo por lesiones sufridas en accidentes (antes de que el seguro de salud empiece a pagar los gastos cubiertos). Usted elige la cantidad del nivel de beneficio que desea y se paga por accidente, por persona cubierta. Encuentre más información en la página 14.



Dental y servicios para la vista

Considere la posibilidad de recibir ayuda para otros gastos habituales que no cubre el seguro de salud con cobertura dental y de servicios para la vista independiente.¹ El seguro dental puede brindar beneficios por servicios que van desde limpiezas de rutina hasta tratamientos de conducto, mientras que el seguro de servicios para la vista cubre los exámenes de la vista de rutina y puede ayudar a pagar anteojos, lentes de contacto, o ambos.

¹Se requiere una prima adicional para obtener cobertura.

Amwell y UnitedHealthcare no están afiliadas y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Es necesario solicitar por separado el plan dental y de servicios para la vista, y se emiten pólizas independientes. 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.

¿Qué Esperar de los planes Médicos a Corto Plazo?

Estas son algunas de las preguntas y respuestas más comunes sobre los planes Médicos a Corto Plazo. Queremos que se sienta seguro sabiendo que un plan a corto plazo es ideal para usted.

¿Cuáles son las condiciones preexistentes y están cubiertas por un plan a corto plazo?

No. Los planes Médicos a Corto Plazo generalmente no cubren gastos relacionados con condiciones preexistentes. Esto significa que su plan no cubrirá los costos si:

- Actualmente está tomando medicamentos o recibiendo tratamiento para una enfermedad, lesión o afección
- En el pasado ha sufrido una condición que regresa
- Está embarazada antes de inscribirse en un plan

Si necesita cobertura para condiciones preexistentes, su mejor opción podría ser explorar las opciones de seguro de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿Cómo funciona la cobertura de cuidado preventivo?

El costo de los servicios de cuidado preventivo se aplica a su deducible, luego a su coseguro. Esto significa que probablemente tenga que pagar los servicios de cuidado preventivo de su bolsillo, pero estos costos se aplican a su deducible. Cuando alcance su deducible, los servicios estarán sujetos a su parte del coseguro. Recuerde que cuando utiliza un proveedor de la red está ahorrando en cada oportunidad, porque los proveedores acordaron bajar las tarifas que usted pagaría sin un seguro.

¿Qué está cubierto en el cuidado preventivo?

El cuidado preventivo cubierto por su plan es muy específico, se limita a mamografías, frotis de Papanicolaou, exámenes de próstata y algunos cuidados preventivos para los niños en el plan. Los servicios de vacunas que califiquen como servicios de cuidado médico preventivo para niños están exentos de cualquier deducible, coseguro o copago. Sin embargo, las vacunas para adultos, como la vacuna antigripal, por ejemplo, no tendrían cobertura. Algunos estados pueden requerir cobertura adicional.

Si debo pagar más gastos de mi bolsillo con un deducible alto, ¿cuál es la ventaja de mi plan?

Si bien tener un deducible más alto significa que usted está de acuerdo en pagar más antes de que el seguro comience a pagar, esos pagos no son la única manera en que su plan Médico a Corto Plazo “paga” por sí mismo. Los proveedores de la red están de acuerdo en reducir las tarifas para su cuidado. Incluso si continúa pagando para alcanzar su deducible, lo que paga es menos de lo que pagaría sin su plan Médico a Corto Plazo.

¿Cómo funciona la cobertura de medicamentos recetados?

Varía según el plan. Algunos planes tienen copagos sin deducible para los medicamentos más comunes y pagos que se aplican a su deducible por otros medicamentos. Algunos planes más baratos no tienen cobertura de medicamentos, pero incluyen una tarjeta de descuentos en medicamentos. Usted elige el plan que más le convenga.

Beneficios médicos

(planes de seguro)

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). Este es solo un resumen general de los beneficios. La póliza 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, con un límite de \$5,000 en gastos cubiertos por persona, por vigencia.

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.

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).

Copago por 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 1 o 2 visitas por persona y por vigencia, dependiendo de la duración del plan (ver la página 5). 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.

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 los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio se limitarán a 7 visitas por semana. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se contará como una visita. Las visitas intermitentes de los servicios privados de enfermería certificada no deben exceder de 4 horas cada una y se limitan a \$75 por cada visita.

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

Beneficios médicos continuación

(planes de seguro)

Servicios hospitalarios

Servicios diarios de habitación y comida 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 emergencia están sujetos a un deducible adicional de \$500 o \$750, dependiendo del plan que escoja, por cada visita a la sala de emergencia por una enfermedad o lesión, a menos que la persona cubierta sea admitida directamente en el hospital para el tratamiento posterior.

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.

Trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (SOLO para planes Plus, salvo que el estado lo requiera Consulte las diferencias entre estados).

Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, que incluyen o programas ordenados por un tribunal para el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

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

Los gastos de cuidado preventivo incluyen:

- Un examen de mamografía de rutina por vigencia, por persona cubierta de sexo femenino.
- Una frotis cervical o de papanicolaou por vigencia, por persona cubierta de sexo femenino.
- Un examen rectal digital y una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) por cada vigencia de la póliza y por cada persona de sexo masculino cubierta, para la detección temprana del cáncer de próstata, exento del deducible. La cobertura de las pruebas de detección no disminuye ni limita otros beneficios de diagnóstico cubiertos.

Para consultar los Servicios de Salud Preventiva para Niños, véase la página 9.

Prótesis

Ojos o laringe artificiales, prótesis de seno, ortesis y dispositivos o servicios protésicos. Ortesis y dispositivos o servicios 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 el confinamiento 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 cada persona y por cada vigencia, tanto para la rehabilitación como para los gastos del centro de cuidado a largo plazo. Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

Beneficios médicos continuación

(planes de seguro)

Trastornos de la columna vertebral y la espalda

Para diagnóstico o tratamiento de trastornos de la columna vertebral y la espalda. Los servicios no quirúrgicos para pacientes ambulatorios se limitan a un máximo de \$2,500 para gastos cubiertos.

Tratamientos terapéuticos

Hemodiálisis, procesamiento y administración de sangre o componentes sanguíneos (pero no el costo de la sangre o los componentes).

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 "Trasplantes Incluidos" en la sección de Beneficios de Gastos de Trasplante del certificado. 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 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 cada 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 temporal o permanentemente o para 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 USFDA.

Beneficios adicionales

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro de autismo, 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 cada vigencia de la póliza y por cada persona cubierta.
- Exámenes de cáncer colorrectal y análisis de laboratorio de acuerdo con las pautas publicadas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer.
- 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 de recién nacidos en el hospital.
- Para pruebas de detección en recién nacidos de hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, anemia drepanocítica y otros trastornos genéticos según lo establecido por la ley estatal.
- 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.



Exclusiones/ Limitaciones (planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las 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 Esencial Mínima 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 ("ACA"). Este plan de cobertura no incluye todos los beneficios de salud esenciales que exige la ACA. Las condiciones preexistentes no están cubiertas por este plan de cobertura. Revise su Póliza/Certificado con atención y verifique que entienda lo que cubre y lo que no. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para obtener la cobertura de otro seguro de salud. Puede obtener un seguro a más largo plazo que califique como "Cobertura Mínima Esencial" de seguro de salud según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y obtener ayuda para pagarla en www.healthcare.gov. Lea con atención su Póliza/Certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios para emergencias, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos con receta y servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). Los beneficios de salud de su Póliza/Certificado también pueden tener límites en las cantidades o de por vida.

Exclusiones y/o limitaciones generales

No se pagarán beneficios por servicios o suministros que no sean administrados u ordenados por un médico y que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como se define en el certificado.

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- En caso de condiciones preexistentes: Una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, cuidado o tratamiento dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; o una enfermedad, lesión o condición para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta que conlleve a cuidado o tratamiento médico después de dicha fecha; o una enfermedad, lesión, condición o síntoma cuya manifestación, en la opinión de un médico, habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento o evaluación adicional dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; 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.

- 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.
- 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 cancelación 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.
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos que promueven o impiden la concepción o impiden el parto, 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 estuviera en peligro).

- El tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (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 dentales, 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).

Exclusiones/Limitaciones continuación

(planes de seguro)

Exclusiones generales, continuación

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Cargos relacionados con trasplantes de tejidos u órganos, o con su preparación, 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 un trasplante de médula ósea autólogo o de donante, o junto con él, 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.
- Debido al embarazo (excepto complicaciones).
- Cualquier gasto, incluidas las pruebas diagnósticas realizadas en confinamiento, principalmente para el cuidado del bebé sano, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales o tratamiento de abuso de sustancias ordenado por un tribunal, excepto como se establece en el certificado.
- 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 de 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 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.
- Tratamiento que no es de emergencia de las amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, o hernia.
- Un servicio por el cual un proveedor que no pertenece a la red renuncia no gestiona o no cobra un copago, deducible o porcentaje de coseguro adeudado y aplicable.
- **Solo Planes Value Direct:** No se pagan beneficios por los siguientes medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Disposiciones del plan

(planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las disposiciones. 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.

Beneficio opcional suplementario por accidentes para planes Médicos a Corto Plazo

Formulario SA-S-1996G-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 paga 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 o \$15,000) es por cada accidente y por cada persona cubierta.

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 los Beneficios (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 e hijos que cumplen los requisitos. Los hijos que cumplen con los requisitos deben ser solteros y menores de 26 años en el momento de la solicitud, según la definición del estado.

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 día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company* reciba su solicitud, pero solo 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 agente de seguros, estos están debidamente autorizados y designados para realizar solicitudes ante Golden Rule Insurance Company.

* Si se envía por correo y no lleva el matasellos del Servicio Postal de 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 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 solicitada; o (2) el 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

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

Gastos aprobados

Un gasto aprobado 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

“Emergencia” es 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 (o niño no nacido); un grave deterioro de las funciones corporales; o una grave disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.

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. 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 aprobado de la red.

Disposiciones del plan continuación

(planes de seguro)

No renovable

Los planes Médicos a Corto Plazo se emiten 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 cancelación que aparece en su certificado. Le informaremos con anticipación cualquier cambio en la cobertura o los beneficios, a menos que el certificado se cancele antes por cualquier motivo indicado en la sección Cancelación.

Cancelación

El certificado se cancelará en la primera fecha entre:

- 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 cancelación que figura en la página de datos del certificado.
- El último día por el que se pagó la prima, después de su solicitud de cancelación del certificado.
- El final del período de la prima después de la fecha en que el asegurado principal cumpla los 65 años, si es la única persona cubierta por el plan.

Factores para determinar las tarifas

El diseño del plan elegido, el sexo, la edad en la fecha de emisión, el consumo de tabaco, el área de residencia, la fecha de vigencia de la cobertura, la cantidad de asegurados cubiertos por el producto, la vigencia de la cobertura y la elección de los beneficios opcionales son algunos de los factores que se utilizan para determinar las tarifas de sus primas. Se prorrata cualquier período de cobertura durante la vigencia que sea inferior a un mes completo.

Derecho de examen

Para nosotros es importante que esté satisfecho con la cobertura que le proporcionamos. Este producto tiene un período de derecho de examen, también conocido como período de gracia. Una vez que se presente la solicitud y se emita el certificado, si no está satisfecho con que la cobertura satisfaga sus necesidades de seguro, puede devolvernos el certificado en un plazo de 10 días (o según los requisitos del estado) y le reembolsaremos la prima pagada. Consulte el certificado para obtener información detallada.



Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Florida

Formulario de Certificado C-020.1D con Endoso para Florida MGRENDFL-ST4

- Un niño con derecho a cobertura continuará siendo una persona cubierta hasta los 30 años de edad.
- Un recién nacido estará cubierto desde el momento en que nazca por los siniestros que se deban a lesiones y enfermedades, incluidas las complicaciones del parto, parto prematuro y defectos congénitos. Los gastos cubiertos incluyen:
 - Hasta un máximo de \$1,000 para cargos incurridos en el transporte médicamente necesario del recién nacido hacia y desde el centro disponible más cercano, con personal y equipos adecuados para tratar la condición del recién nacido.
 - Exámenes de audición de recién nacidos proporcionados por un audiólogo autorizado para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos de edad, conforme a la ley de Florida. Los exámenes de audición para recién nacidos están exentos del deducible.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Anestesia general y servicios incurridos en un hospital o en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios para el tratamiento de cuidado dental necesario de una persona cubierta que: es un niño que cumple los requisitos: menor de 8 años; y un dentista autorizado y el médico del niño determinan que requiere cuidado dental necesario debido a una condición dental significativamente compleja o a una discapacidad del desarrollo que ha afectado la efectividad del tratamiento en un consultorio dental; o sufre una o más condiciones médicas que generarían un riesgo médico significativo o indebido para la persona cubierta si el cuidado dental necesario fuera proporcionado en algún lugar diferente a un hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios.
 - Cobertura de una mastectomía que incluye: cobertura médicamente necesaria para pacientes hospitalizados; cuidado postquirúrgico de seguimiento y médicamente necesario para pacientes ambulatorios; y cobertura para dispositivos protésicos y cirugía reconstructiva de seno médicamente necesaria.
 - Servicios de supervisión para niños, exentos de cualquier deducible si: se proporcionan durante intervalos periódicos conforme a las recomendaciones de cuidado preventivo para niños de la Academia Americana de Pediatría; y se limiten a los servicios de un proveedor para todos los servicios proporcionados en cada visita.
 - Los servicios y tratamiento que médico tratante receta como médicamente necesarios para el tratamiento del labio leporino o paladar hendido para un niño menor de 18 años.
 - Diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios de la osteoporosis para personas en alto riesgo, según se define en el certificado.

- Los servicios de mamografía se limitan a:
 - > Una o más mamografías cada año para mujeres cubiertas en riesgo de cáncer de seno, según la recomendación del médico;
 - > Una mamografía de referencia para mujeres cubiertas de 35 a 39 años que no estén en riesgo de cáncer de seno;
 - > Una mamografía para mujeres cubiertas de 40 a 49 años, que no estén en riesgo de cáncer de seno: cada 2 años o con mayor frecuencia según la recomendación del médico; o con frecuencia mayor a cada 2 años si la mujer cubierta obtiene una mamografía en un consultorio, centro o servicio de pruebas de salud que utiliza equipo radiológico registrado en los servicios del Departamento de Salud y Rehabilitación para la detección del cáncer de seno; y
 - > Una mamografía cada año para mujeres cubiertas de 50 años que no estén en riesgo de cáncer de seno.
- Procedimientos diagnósticos o quirúrgicos que involucren huesos o articulaciones de la mandíbula y la región facial médicamente necesarios para tratar condiciones causadas por una deformidad congénita o de desarrollo, una enfermedad o una lesión.
- El cuidado de seguimiento de rutina para determinar si un cáncer de seno reapareció en una persona que previamente se determinó que no tiene cáncer de seno no constituye asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento para determinar condiciones preexistentes a menos que se encuentre evidencia de cáncer de seno durante el cuidado de seguimiento o como resultado de este.

Indiana

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-13

- El plan Value Direct no está disponible.
- El beneficio máximo del plan Value es de \$2 millones por cada persona y por cada vigencia.
- No es necesario que el niño que cumple los requisitos sea soltero, pero debe ser menor de 26 años de edad.
- “Condición Preexistente” significa: Una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, cuidado o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; o una enfermedad, lesión o condición para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta que conlleve a cuidado o tratamiento médico después de la fecha de vigencia de la persona cubierta.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Michigan

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-21

- No aplican las exclusiones para lo siguiente:
 - Consecuencias de daño corporal autoinfligido intencionalmente
 - Consecuencias de que la persona cubierta participe en disturbios.
- No se pagarán beneficios por enfermedades o lesiones sufridas como resultado de que una persona cubierta cometa o intente cometer un delito menor o delito grave, así la persona sea declarada culpable o inocente, o cuya causa contribuyente sea que la persona cubierta estuvo involucrada en una ocupación ilegal u otra actividad criminal de manera voluntaria.
- La exclusión de modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional de la persona cubierta no se aplica si es para un tratamiento médicamente necesario de disforia de género.

Mississippi

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-23

- 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: probablemente comenzó antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza; y 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 gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Anestesia general y las tarifas de centros médicos 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 (TMJ).

- Un 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.
- No se aplica la exclusión por paternidad subrogada.

Nebraska

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-26R

- Se amplía la definición de “niño que cumple los requisitos” para incluir: un niño que siga dependiendo principalmente de usted o de su cónyuge para su sustento y manutención debido a una discapacidad mental o física. La cobertura del hijo discapacitado no terminará debido a la edad. El dependiente puede seguir cubierto durante toda la vigencia de la póliza.
- Los gastos cubiertos para la cobertura de un examen de detección de cáncer colorrectal y análisis de laboratorio para el cáncer colorrectal se aplican a una persona cubierta de 50 años o más sin síntomas e incluyen 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 profesional médico de la persona cubierta lo considera apropiado.
- El gasto cubierto de una mamografía de detección por cada persona y por cada vigencia no es específico para las mujeres.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Hasta \$2,500 una vez en la vida para el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico médicamente necesario de trastornos de la articulación temporomandibular y de trastornos craneomandibulares.
 - El costo razonable de la anestesia general y los cargos de centros incurridos en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio para atención dental (pero no el cuidado dental en sí) para las personas cubiertas: de ocho (8) años de edad o menos; o para las que se requiera anestesia general para cuidados dentales debido a una discapacidad del desarrollo.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Nebraska, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir: (continuación)
- Hasta \$3000 por aparatos auditivos médicamente necesarios para un menor de 19 años que cumpla los requisitos, por cada oído afectado por una discapacidad auditiva. Los gastos cubiertos incluirán los siguientes artículos y servicios para un aparato auditivo:
 - > Un aparato auditivo comprado a un audiólogo autorizado con la autorización médica de un otorrinolaringólogo y los costos relacionados con el suministro.
 - > Evaluación, ajuste y programación. Mediciones con micrófono de sonda para verificar que la ganancia y la salida del aparato auditivo cumplen los objetivos de la receta.
 - > Reparaciones, ajustes de seguimiento, servicio y mantenimiento.
 - > Impresiones de moldes para el oído.
 - > Moldes para el oído.
 - > Rehabilitación y capacitación auditiva.
 - > Sustitución de un aparato auditivo y los servicios asociados en un plazo de 3 meses a partir de la fecha de suministro si la ganancia y salida del aparato auditivo no cumplen con el objetivo de la receta o no puede repararse o ajustarse.

Pennsylvania

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-37

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Anestesia general, tarifas del centro médico, y demás cargos relacionados incurridos en conjunto con el cuidado dental (pero sin incluir los servicios dentales reales) proporcionados en un hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios cuando la persona cubierta:
 1. Es un niño de siete (7) años de edad o menos que cumple los requisitos.
 2. Tiene una discapacidad del desarrollo y no se puede esperar un resultado satisfactorio con anestesia local, pero se puede esperar un resultado superior para el tratamiento con anestesia general.
 - Las vacunas de niños, según la definición en la póliza, están exentas de cualquier deducible o límites máximos en dólares, pero se limitan al 150% del precio promedio mayorista del agente de vacunación, según lo publicado por el Departamento de Salud de Pensilvania (o según lo determinemos de buena fe en la ausencia de la publicación del precio promedio mayorista).

- Un examen ginecológico de rutina que incluya un examen pélvico y un examen clínico de seno durante la vigencia de la póliza para cada persona cubierta de sexo femenino.

Tennessee

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-41

- Si los servicios para emergencias son prestados en un centro de la red por una facilidad médica fuera de la red porque nosotros no tenemos un médico de la red en ese centro, los cargos de la facilidad médica fuera de la red estarán cubiertos como si los servicios fueran prestados por un médico de la red. “Servicios para emergencias” son, con respecto a una enfermedad o estado médico de emergencia, los artículos y servicios de cuidado de la salud proporcionados y prestados en un hospital necesarios para determinar, evaluar o tratar una enfermedad o estado médico de emergencia, hasta cuando se estabilice la condición, según las indicaciones de un médico o según un protocolo indicado por un hospital.
- No se aplica el máximo de \$2,500 para pacientes ambulatorios para los trastornos de la columna vertebral y la espalda.
- Se amplían las fechas de finalización para incluir el final del período de gracia después de que el asegurado principal deje de pagar cualquier prima de renovación a su vencimiento.
- El gasto cubierto de capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes, cuando sea médicamente necesario, se limita a las visitas certificadas por un médico como: médicamente necesarias tras el diagnóstico de la diabetes; médicamente necesarias 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 médicamente necesarias para una capacitación de reeducación o actualización de conocimientos.
- El gasto cubierto para cribado mamográfico es para fines diagnósticos con la referencia del médico de la paciente, limitado a lo siguiente: una mamografía inicial para las personas cubiertas de 35 a 40 años de edad; y una mamografía cada dos años, o con mayor frecuencia por recomendación de un médico, para las personas cubiertas de 40 años de edad o más.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Hasta \$1,000 por cada oído por cada vigencia de la póliza para aparatos auditivos para personas cubiertas menores de 18 años.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Tennessee, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir: (continuación)
 - Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). El tratamiento no quirúrgico se limitará al diagnóstico y manejo de la articulación temporomandibular clasificado como tratamiento de Fase I conforme a las pautas adoptadas por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) que requiere la receta por escrito de un médico o dentista, que incluye, entre otros, dieta blanda, agentes térmicos, férulas temporales y autodesprendimiento voluntario de los dientes. Los gastos quirúrgicos incurridos donde el dentista se considerarán gastos cubiertos solo cuando los servicios prestados estén incluidos en el alcance de un médico autorizado. Los gastos cubiertos por el tratamiento de la articulación temporomandibular incluirán los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en la misma medida en que estén cubiertos conforme a la póliza/certificado para otras enfermedades en general.
 - Los gastos de hospital y el costo de la anestesia general asociados a cualquier procedimiento dental hospitalario de un paciente hospitalizado/ambulatorio cuando el procedimiento es realizado a una persona cubierta de 8 años o menor y no puede realizarse de forma segura en un consultorio dental.
- La exclusión de cargos que no se hubieran cobrado si no tuviera un seguro no aplica si los cargos facturados son de un hospital benéfico de investigación no gubernamental que no ejecuta el cobro mediante procedimientos judiciales a pacientes individuales en ausencia de cobertura de seguro.
- No se aplica la exclusión de la cirugía de reducción fetal o aborto si la vida de la madre corre peligro o si el feto no es viable.
- La exclusión de la paternidad subrogada no aplica si es por complicaciones del embarazo y la persona no recibe reembolso de un tercero como una parte de un acuerdo de subrogación.
- No se aplica la exclusión de cargos por un servicio por el cual un proveedor que no pertenece a la red renuncia no gestiona o no cobra un copago, deducible o porcentaje de coseguro adeudado y aplicable.

Texas

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-42R

- La definición de “niño que cumple los requisitos” 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 su cónyuge, conforme a una orden judicial; y un nieto que se considere su dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta al momento de presentar la solicitud de cobertura. 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 toda la vigencia de la póliza.
- “Condición preexistente” es una lesión o enfermedad para la cual la persona cubierta recibió asesoramiento o tratamiento médico dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta quedó asegurada por la póliza.
- “Emergencia” se refiere a una enfermedad de aparición y gravedad recientes, incluidos, entre otros, dolor grave 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 cuidado médico inmediato 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; o
 - Una grave desfiguración; o
 - En el caso de una mujer embarazada, un grave peligro para la salud del feto.
- Se amplían los gastos cubiertos para la diabetes y la capacitación en el autocontrol de la diabetes. No se aplica el límite de una vez de por vida por cada persona cubierta en los programas de capacitación. Consulte el certificado para obtener toda la información.
- Los gastos cubiertos por cirugía reconstructiva craneofacial se amplían para incluir servicios para intentar crear una apariencia normal de una anomalía craneofacial de un dependiente menor de 18 años que fue causada por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Texas, continuación

- Los gastos cubiertos para prótesis incluyen:
 - Ojos o laringe artificiales
 - El modelo de 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, que incluye:
 - > Servicios profesionales relacionados con el ajuste y uso del dispositivo.
 - > Reparación y sustitución del dispositivo a menos que sea necesario debido al uso indebido o pérdida del dispositivo por parte de la persona cubierta
- Los gastos cubiertos para los trastornos del espectro de autismo incluyen:
 - Examen de los trastornos del espectro de autismo para niños de 18 y 24 meses de edad que cumplan los requisitos.
 - Servicios reconocidos de forma general que sean recetados para el diagnóstico y tratamiento de trastorno del espectro de autismo para personas cubiertas, que incluyen: tratamientos basados en pruebas; servicios de evaluación y valoración; análisis conductual aplicado; capacitación en conducta y manejo de conducta; terapia del habla; terapia ocupacional; fisioterapia; and medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas de trastorno del espectro de autismo. En el caso de las personas cubiertas de 10 años de edad o más, el análisis de conducta aplicado en un paciente ambulatorio para el tratamiento de trastornos del espectro de autismo se limitará hasta un máximo de \$50,000 por cada vigencia de la póliza.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - 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.
 - Preparaciones modificadas de aminoácidos médicamente necesaria, productos alimenticios modificados con bajo contenido en proteínas, y cualquier otro producto dietético especial y fórmulas recetadas por un médico para el tratamiento terapéutico de la fenilketonuria (PKU), la galactosemia, las acidemias orgánicas y los trastornos del metabolismo de los aminoácidos.
 - Aparatos auditivos o implantes cocleares médicamente necesarios para un niño con cobertura hasta los 18 años. Este beneficio incluye lo siguiente:
 - > Servicios de ajuste y dispensación y el suministro de moldes para el oído según sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los aparatos auditivos;
 - > Los tratamientos relacionados con los aparatos auditivos e implantes cocleares, incluida la habilitación y rehabilitación según sea necesario para obtener educación.Los gastos cubiertos se limitan a un aparato auditivo en cada oído cada tres años y un implante coclear en cada oído con reemplazo interno según sea audiológica o médicamente necesario.
- Vacunas para niños, exentas de deducible, copago y coseguro.
- 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.
- 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.
- Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los trastornos de la articulación temporomandibular y los trastornos de la articulación craneomandibular.
- Cargos incurridos en terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia y rehabilitación neurocognitiva, pruebas o tratamientos neurocomportamentales, 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.

Diferencias entre estados

(planes de seguro)

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

Texas, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir: (continuación)
 - 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.
 - Examen anual para la detección precoz 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 Medicamentos 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 treinta y cinco (35) años de edad o más. Este límite de edad no se aplica a la mamografía de diagnóstico.
 - 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 la Salud;
 - > La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration, USFDA);
 - > El Departamento de Defensa de los Estados Unidos;
 - > El Departamento de Asuntos de los 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.

- Mamografía de diagnóstico
- El diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos 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; una unidad de estabilización de crisis; y un centro para el tratamiento de la dependencia de sustancias.
- En relación con los límites de los gastos cubiertos por los trasplantes incluidos, 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, coseguro o copago.

West Virginia

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-47

- Los gastos cubiertos por equipos, suministros y servicios para el tratamiento de la diabetes se amplían para incluir: suministros para monitores, dispositivos de infusión de insulina, ortesis, aparatos ortopédicos, dispositivos de monitoreo de la presión arterial y exámenes regulares de los pies que lleve a cabo un médico.
- Los gastos cubiertos para los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes se limitan a \$100 por cada persona cubierta y por cada año calendario. No se aplican los límites estándar (un programa de por vida o capacitación adicional que el médico recete como medicamento necesaria).
- Los gastos dentales cubiertos no incluyen lesiones en los dientes naturales como resultado de la masticación, a menos que se produzcan daños en los dientes naturales como resultado de un objeto extraño no comestible que se encuentre en los alimentos.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Un examen anual de detección de enfermedad renal utilizando cualquier combinación de pruebas de presión arterial, albúmina en orina o proteínas en orina, según lo recomendado por la Fundación Nacional del Riñón.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

West Virginia, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir: (continuación)
 - Cargos de anestesia general, tarifas del centro médico, y demás cargos relacionados incurridos en conjunto con el cuidado dental (pero sin incluir los servicios dentales reales) proporcionados en un hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios a una persona cubierta que:
 1. es un niño de siete (7) años de edad o menos que cumple los requisitos.
 2. Es un niño de doce (12) años o menos que cumple los requisitos y tiene una fobia o trastorno mental documentados:
 - a. Tiene necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no debe demorarse ni aplazarse;
 - b. Pueda esperarse que la falta de tratamiento le provoque infección, pérdida de dientes u otro aumento de la morbilidad oral o dental; y
 - c. Cuando no se puede esperar un resultado satisfactorio con anestesia local debido a su condición, pero se puede esperar un resultado superior para el tratamiento con anestesia general.
 - Los cargos en que incurra una persona cubierta por una terapia antibiótica a largo plazo médicamente necesaria para tratar la enfermedad de Lyme, cuando sea recetada por un médico, tras realizar una evaluación exhaustiva de: los síntomas, los resultados de las pruebas de diagnóstico o la respuesta al tratamiento de la persona cubierta.
 - Los cargos en que incurra una persona cubierta por un máximo de 20 visitas para el tratamiento del dolor crónico, por cada evento causante de dolor durante la vigencia de la póliza/certificado, cuando sean ordenados por un profesional médico, enfermera especializada o terapeuta ocupacional, por los siguientes servicios: fisioterapia; terapia ocupacional; manipulación osteopática; un programa de control del dolor crónico; servicios quiroprácticos.
 - Medicamentos analgésicos opiáceos disuasivos del abuso de sustancias y medicamentos analgésicos opiáceos incluidos en la Lista de Medicamentos Recetados. Los gastos cubiertos incluyen el producto del medicamento, los dispositivos de administración y cualquier tarifa de administración de farmacia relacionada con el suministro del producto.
 - Las siguientes pruebas de detección del cáncer:
 - > Mamografías cuando sean médicamente apropiadas y coherentes con las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

- > Una prueba de Papanicolaou por cada vigencia de la póliza, ya se trate de una citología convencional o líquida, según sea médicamente apropiado y conforme a las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos o del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, para las personas cubiertas de 18 años o más.
- > Una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) para las personas cubiertas de 18 años de edad o más, cuando sea médicamente apropiada y conforme a las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos o del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- > Un tacto rectal y una prueba del antígeno específico de la próstata por cada vigencia de la póliza y por cada persona cubierta, para la detección temprana del cáncer de próstata, exento del deducible. La cobertura de las pruebas de detección no disminuye ni limita los beneficios de diagnóstico disponibles según la póliza/certificado.

Wisconsin

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-D-48

- Un hijo adulto que cumple los requisitos puede agregarse como persona cubierta si usted:
 - Solicita por escrito el seguro del dependiente;
 - Paga las primas requeridas;
 - Proporciona un historial médico completo, sin costo alguno para nosotros; y
 - Proporciona una constancia de que el niño es un hijo adulto que cumple los requisitos.
- Se amplían los gastos cubiertos para la diabetes y la capacitación en el autocontrol de la diabetes. No se aplica el límite de una vez de por vida por cada persona cubierta en los programas de capacitación. Los equipos, suministros y servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes incluyen:
 - Suministros médicos necesarios para el tratamiento de la diabetes;
 - Cargos por la instalación y el uso de una bomba de infusión de insulina por cada año calendario, siempre que la persona cubierta haya usado el dispositivo durante al menos treinta días antes de la compra.
 - Insulina y otros medicamentos recetados.
 - Programas de educación en el autocontrol de la diabetes.

Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

Wisconsin, continuación

- La cobertura para el diagnóstico o el tratamiento de trastornos de la columna vertebral y la espalda no está sujeta al gasto cubierto máximo de \$2,500 en servicios no quirúrgicos para pacientes ambulatorios.
 - Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Los servicios, artículos o medicamentos para el tratamiento del cáncer que se administren bajo un ensayo clínico, según la definición que aparece en el certificado:
 - Los cargos cobrados por un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio por concepto de anestesia general y cuidado dental proporcionados a una persona cubierta que: tiene menos de 5 años de edad; una discapacidad crónica; o una condición médica que requiere hospitalización o anestesia general para cuidado dental.
 - Cargos por análisis de detección de plomo en sangre de un niño que cumple los requisitos menor de 6 años para detectar envenenamiento por plomo.
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, incluidos:
 - > Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
 - > Los cargos de pacientes ambulatorios incurridos por una fuente colateral en cualquiera de los siguientes casos con el propósito de mejorar el tratamiento de la persona cubierta: un programa en un centro de tratamiento para pacientes ambulatorios; un médico autorizado que haya completado una residencia en psiquiatría; un psicólogo; o un profesional de salud mental autorizado que ejerza dentro del ámbito de su licencia.
 - > Cargos incurridos por una persona cubierta en un acuerdo de tratamiento de transición que ofrece un proveedor o programa certificado por el Departamento de Salud y Servicios Familiares o que se proporciona según los criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones.
- Si un estudiante dependiente incurre en gastos debido al tratamiento de un trastorno mental, incluidos trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, en un proveedor que no pertenece a la red, ubicado en Wisconsin y en una intermediación razonablemente cerca de la escuela de formación profesional, institución de educación superior o universidad del estudiante dependiente, dichos gastos se tratarán como si se hubiesen incurrido en un proveedor de la red.

- Procedimientos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico médicamente necesario o no quirúrgico para la corrección de trastornos temporomandibulares si se aplica todo lo siguiente:
 - > La condición es causada por una deformidad, enfermedad o lesión congénita, del desarrollo o adquirida.
 - > Según las normas aceptadas de la profesión del proveedor que presta el servicio, el procedimiento o dispositivo es razonable y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición.
 - > La finalidad del procedimiento o dispositivo es controlar o eliminar infecciones, dolores, enfermedades o disfunciones.
- Los beneficios para el tratamiento no quirúrgico de los trastornos temporomandibulares se limitan a \$1250 por cada vigencia de la póliza para cada persona cubierta y no incluyen cobertura para el cuidado de ortodoncia estética o electiva, cuidado de periodoncia o cuidado dental general.
- Obtención de una segunda opinión de otro profesional médico.
 - El tratamiento de enfermedades renales se limita a servicios de diálisis, trasplantes y relacionados con donantes. El beneficio máximo se limitará además a \$30,000 por cada persona cubierta cada año.
- Los gastos cubiertos para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro de autismo se amplían para incluir:
 - Servicios intensivos del comportamiento basados en pruebas, la mayoría de los cuales se debe prestar cuando el padre o tutor legal esté presente e involucrado, para el tratamiento de trastornos del espectro de autismo para personas cubiertas de acuerdo con un plan de tratamiento desarrollado por un proveedor calificado, que incluye al menos 20 horas por cada semana en un período de seis meses de terapia intensiva del comportamiento basada en pruebas, tratamiento y servicios con objetivos cognitivos, sociales, comunicativos, de autocuidado o del comportamiento específicos que se definen de forma clara, se observan de forma directa y se miden continuamente y que abordan las características del trastorno del espectro de autismo cuando un médico ordena dicho tratamiento y lo brinda un médico o un profesional médico.
 - Servicios que no son intensivos

Diferencias entre estados

(planes de seguro)

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

Wisconsin, continuación

- Los gastos cubiertos de cuidado de asistencia médica a domicilio se amplían para incluir:
 - Servicios de laboratorio en la medida en que estos fueran cubiertos por la póliza si la persona cubierta estuviese en un hospital.
 - Asesoramiento nutricional proporcionado por un dietista titulado o bajo su supervisión.
 - Evaluación de la necesidad y el desarrollo de un plan de cuidado a domicilio cuando el médico tratante lo apruebe o solicite.
- El cuidado de asistencia médica a domicilio tendrá las siguientes limitaciones:
 - Para que los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio califiquen como gastos cubiertos, un médico debe certificar que:
 - > La reclusión en un hospital o un centro de cuidado a largo plazo sería necesaria si no se presta cuidado de asistencia médica a domicilio;
 - > La persona asegurada no tiene familiares inmediatos ni reside con otras personas que estén disponibles para prestarle el cuidado y el tratamiento necesarios sin causar dificultades excesivas; y
 - > Una agencia de asistencia médica a domicilio prestará o coordinará los servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio.El médico debe volver a certificar cada 60 días que el cuidado de asistencia médica a domicilio es médicamente necesario para el tratamiento de una lesión o enfermedad;
 - Los gastos cubiertos de los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio se limitarán a 40 visitas de cuidado de asistencia médica a domicilio en un período de 12 meses. (Cada visita de un representante autorizado de una agencia de asistencia médica a domicilio se considerará una visita de cuidado de asistencia médica a domicilio independiente, excepto que cada período de cuatro horas de servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio durante una sola visita se contabilizará como una visita de cuidado de asistencia médica a domicilio. Si la duración de una visita para prestar los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio es superior a cuatro horas, pero esta cifra no se puede dividir por cuatro, el período restante también se contabilizará como una visita de cuidado de asistencia médica a domicilio); y
 - El beneficio semanal máximo del cuidado de asistencia médica a domicilio se limitará al cargo razonable y habitual del cuidado semanal en un centro de cuidado a largo plazo.
 - Los gastos cubiertos para visitas intermitentes de servicios de enfermería privada certificada (que no excedan 4 horas cada una) se limitarán a \$75 por cada visita.
- No se aplica la exclusión por tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular o trastornos craneomandibulares.
- La exclusión de modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional de la persona cubierta no se aplica si es para un tratamiento médicamente necesario de disforia de género.

Quiénes somos

Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora de los planes que figuran en este folleto. Por más de 80 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. Si aún no es miembro, puede inscribirse con su solicitud de Salud a Corto Plazo para poder solicitar estos planes.

Aviso de Prácticas de Privacidad de los Planes de Salud

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información.

Consúltelo aquí. Léalo con mucha atención.

(<https://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-EN.pdf>)

¿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
- Descuentos en servicios dentales, servicios para la vista, aparatos auditivos y medicamentos recetados
- Robo de identidad y protección cibernética
- Descuentos en viajes
- Clases por Internet de salud, bienestar y acondicionamiento físico
- Cobertura de mascotas
- Becas y subvenciones comunitarias
- Programa de ayuda en casos de desastre y recuperación de pequeñas empresas

Como miembro de la Federación de Consumidores y Viajeros de Estados Unidos (FACT), su información se mantiene privada. 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.

