

**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 ayudarlo sin ninguna obligación de comprar. **Si necesita ayuda para comprender este producto, llame a Golden Rule Insurance Company, visite [uhone.com](http://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
<b>Podría no cubrirle</b> 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
<b>Podría no cubrir</b> 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 <b>no tener límite para lo que usted paga</b> 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
<b>No cumplirá los requisitos</b> 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
<b>No tiene que cumplir</b> normas federales para cobertura de salud integral	Todos los planes deben cumplir las normas federales

**¿Busca un seguro de salud integral?**

- **Visite [HealthCare.gov](http://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](http://naic.org)) en “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).



## Planes Médico, Hospitalario y Quirúrgico a Corto Plazo

Cobertura cuando  
más la necesita



**SEGURO DE SALUD SÓLO 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 SÓLO ESTÁN DISPONIBLES PARA LOS MIEMBROS DE LA FACT. GOLDEN RULE INSURANCE COMPANY ES LA ASEGURADORA Y ADMINISTRADORA DE ESTOS PLANES. ENCUENTRE MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA FACT EN LA ÚLTIMA PÁGINA.**

**Formularios de Certificado GRI-STAG20-C-E-HS-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](http://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

<b>Por Qué Seguro Hospitalario y Quirúrgico a Corto Plazo</b>	<b>4</b>
<b>Información del plan</b>	<b>5</b>
<b>Ahorros y red</b>	<b>6</b>
<b>Más opciones de cobertura</b>	<b>7</b>
<b>Beneficios médicos</b>	<b>8</b>
<b>Exclusiones/limitaciones</b>	<b>12</b>
<b>Disposiciones de los planes</b>	<b>14</b>
<b>Diferencias entre estados</b>	<b>16</b>
<b>Información de la FACT y aviso de privacidad</b>	<b>24</b>



# ¿Por Qué Seguro Médico, Hospitalario y Quirúrgico a Corto Plazo?

Los Planes Médico, Hospitalario y Quirúrgico a Corto Plazo están diseñados únicamente como cobertura de salud “por si acaso” con beneficios hospitalarios y quirúrgicos y duran un tiempo limitado cuando no dispone de un seguro a más largo plazo.

### 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

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



#### Elija la duración de su plan

Con estos planes, puede tener hasta 4 meses de cobertura total durante 12 meses<sup>1</sup>

### Porque la vida puede ser impredecible



#### Cobertura que necesita

Solamente planes con beneficios quirúrgicos y de cuidado de urgencia limitados



#### 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 médicos<sup>2</sup>



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

Acuda a cualquier hospital o centro médico de la red en todo el país<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>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 requiere evaluación médica. **No se pagarán beneficios por condiciones de salud que existan antes de la fecha de vigencia del seguro.**

		Hospitalario y Quirúrgico
<b>Deducible por Persona</b> (por vigencia; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	<b>\$5,000, \$7,500 o \$15,000</b>
<b>Coseguro</b> (% que usted paga <b>después del deducible</b> , por vigencia)	Usted paga:	<b>50%</b>
<b>Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro</b> (después del deducible, por persona y por vigencia)	Usted paga hasta:	<b>\$10,000</b>
<b>Beneficio Máximo</b> (por persona y por vigencia)	Pagamos hasta:	<b>\$1 millón</b>
<b>Aspectos médicos</b>		
<b>Visita a Centro de Cuidado de Urgencia</b> (por cada persona y por cada vigencia)		<b>\$75 de copago por las primeras 2 visitas<sup>1</sup></b>
<b>Sala de Emergencias (Accidentes y Enfermedades)</b> (sólo por enfermedad: \$500 de deducible adicional si no se le admite)		<b>50% después del deducible</b>
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios</b>	Usted paga:	<b>50% después del deducible</b>
<b>Laboratorio y Radiografías para Pacientes Ambulatorios</b> (máximo de \$500 de gasto cubierto por persona y por vigencia)		<b>50% después del deducible</b>
<b>Farmacia</b>		
<b>Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios</b>		<b>Sin cobertura</b> Usted recibirá una tarjeta de descuentos <sup>2</sup>
<b>Beneficios Opcionales</b>		
<b>Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente<sup>3</sup></b> (Consulte la página 14)	Pagamos hasta:	<b>\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000</b>

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 la página 6 para obtener información detallada. 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. <sup>1</sup> Las visitas posteriores están sujetas a un deducible y luego a un coseguro. <sup>2</sup> Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento recetado.

<sup>3</sup> Se requiere una prima adicional.

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

Use la red UnitedHealthcare Choice para obtener 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.

\*Formulario Anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/23.

# Complete su cobertura



### Telesalud

Si desea cobertura para consultas virtuales, su Plan Médico, Hospitalario y Quirúrgico a Corto Plazo puede ayudarlo. Al agregar el Beneficio de Cuidado Virtual<sup>1</sup> 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 tiene gripe, sinusitis, tos, resfriado, fiebre, conjuntivitis, náuseas, entre otros. Puede disfrutar de consultas médico por video de costo \$0 cuando lo necesite.



### Beneficios por accidente

El Beneficio Suplementario por Accidentes<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup>Se 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, comuníquese con su corredor.

# Beneficios médicos

## (planes de seguro)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las disposiciones del plan, exclusiones o limitaciones, 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. El certificado contiene información completa de la cobertura.

### Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado

Los gastos cubiertos deben ser administrados por un médico, deben ser médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad, y no deben estar excluidos en ninguna parte de la póliza/certificado.

### Servicios de ambulancia

- Servicio de ambulancia terrestre al hospital más cercano que pueda prestar los servicios necesarios de cuidado de emergencia por enfermedad o lesión.
- 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.

### Reconstrucción de seno después de la mastectomía

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.

### Tratamiento de emergencia

Los gastos cubiertos se limitan a tratamiento de emergencia de una lesión o enfermedad. Los gastos cubiertos de sala de emergencia están sujetos a un deducible adicional de \$500 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.

### Beneficios de hospitalización

Cargos por los siguientes conceptos cuando una persona cubierta recibe hospitalización.

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

- Servicios diarios de habitación, comida y enfermería en el hospital a la tarifa de habitación semiprivada más común.
- Cumple los requisitos para gastos de servicios diarios de habitación, comida y enfermería para una unidad de cuidados intensivos.
- Uso como paciente ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación.
- Servicios y suministros, incluidos fármacos y medicamentos que el hospital habitualmente administra a las personas solo mientras sean pacientes hospitalizados.
- Vendajes y otros suministros médicos necesarios.
- Pruebas de diagnóstico mediante servicios de radiología, ultrasonido o laboratorio (no se incluyen las pruebas psicométricas,

conductuales y educativas).

- Radioterapia y quimioterapia.
- Costo y administración de un anestésico o de oxígeno.
- Hemodiálisis, procesamiento y administración de sangre o componentes sanguíneos (pero no el costo de la sangre o los componentes).
- Extremidades artificiales básicas, ojos y laringe artificiales y prótesis de seno. Reemplazo sólo si es necesario debido aun cambio físico en la persona cubierta y el artículo no puede modificarse.
- Honorarios profesionales de médicos y profesionales médicos.
- Tratamiento como paciente hospitalizado de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.

### Beneficio por cáncer potencialmente mortal

Los gastos cubiertos incluyen diagnóstico y tratamiento del cáncer potencialmente mortal, incluida la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y los medicamentos relacionados con el tratamiento del paciente ambulatorio. Además, una persona que reciba tratamiento para un cáncer potencialmente mortal también recibe la siguiente cobertura para enfermedad o lesión desde el momento en que empieza el tratamiento hasta cuando termine la cobertura de la persona cubierta conforme a la póliza/el certificado.

# Beneficios médicos continuación

## (planes de seguro)

### Beneficio por cáncer potencialmente mortal, continuación

- Visitas a un consultorio como paciente ambulatorio para el tratamiento de una enfermedad o lesión (excepto cirugía) realizadas por un médico o profesional médico.
- Pruebas de diagnóstico mediante servicios de radiología, ultrasonido o laboratorio (no se incluyen las pruebas psicométricas, conductuales y educativas).
- Procedimientos de diagnóstico.
- Fisioterapia.
- Hemodiálisis y los cargos de un hospital por el procesamiento y la administración de sangre o componentes sanguíneos.
- Alquiler de los siguientes equipos médicos duraderos: Soporte y tubos intravenosos, bomba de infusión o casete, inodoro portátil, soporte vital, bililuces y máquina y catéteres de succión.
- Vendajes, muletas, férulas y aparatos ortopédicos, yesos u otros suministros médicos necesarios.
- Visitas de asesoramiento con un asesor autorizado de salud mental.
- Tratamiento como paciente ambulatorio de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.
- Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios recibidos de una farmacia autorizada para medicamentos que, de acuerdo con la legislación estatal aplicable, solo pueden suministrarse con la receta escrita de un médico. Los gastos cubiertos se limitan a los medicamentos que están incluidos en la Lista de Medicamentos Recetados (Prescription

Drug List, “PDL”) proporcionada por OptumRx, nuestro administrador de beneficios de farmacia, en el momento de surtir su pedido de medicamentos (medicamentos del formulario). Se pueden aplicar algunas excepciones y exclusiones. Consulte el certificado para obtener más información.

- Asistencia médica a domicilio, que incluye:
  - Servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio con un límite de 7 visitas por cada semana. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se contará como una visita.
  - Las visitas intermitentes de enfermería certificada en servicio privado (que no excedan 4 horas cada una) se limitarán a \$75 por cada visita.
  - Los honorarios de un profesional certificado en terapia respiratoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.
  - Medicamentos intravenosos y analgésicos.

**Los gastos cubiertos por cuidado de asistencia médica a domicilio no incluyen aquellos relacionados con relevo del cuidador, cuidados de custodia o cuidados educativos.**

### Gastos médicos catastróficos para pacientes ambulatorios

Los gastos recibidos como paciente ambulatorio se limitan a:

- Radioterapia, una visita a un consultorio después de cada ronda de radioterapia y las pruebas de diagnóstico realizadas en el mismo día junto con la radioterapia.
- Quimioterapia, incluido el costo y administración de la quimioterapia, y pruebas de diagnóstico

realizadas junto con la quimioterapia en el mismo día.

- Hemodiálisis.
- Extremidades artificiales básicas, ojos y laringe artificiales y prótesis de seno. Reemplazo solo si es necesario debido a un cambio físico en la persona cubierta y el artículo no puede modificarse. Angiograma, arteriograma, tomografía computarizada transversal (TAC), ecocardiografía (transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes), electroencefalograma (EEG), resonancia magnética (MRI), mielograma, tomografía por emisión de positrones (PET) y prueba de esfuerzo con talio.
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que son médicamente necesarios para evitar el rechazo de un trasplante de órganos, con un límite de un suministro de 34 días por pedido de medicamentos recetados o resurtido. No se pagarán beneficios por los cargos incurridos que superen las limitaciones predeterminadas de medicamentos administrados asignadas a ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
- Gastos dentales únicamente cuando una persona cubierta sufra una lesión después de la fecha de vigencia de la cobertura que conlleve daños en sus dientes naturales y gastos que se generan dentro de los seis meses siguientes al accidente o como parte de un plan de tratamiento que fue recetado por un médico y se inició dentro de los seis meses siguientes al accidente. **La lesión de los dientes naturales no incluirá ninguna lesión como resultado de la masticación.**

# Beneficios médicos continuación

## (planes de seguro)

### Pruebas ambulatorias antes de una admisión y cirugía (radiografías y laboratorio)

Los gastos por pruebas de diagnóstico realizadas antes de una estadía en el hospital, una intervención quirúrgica como paciente ambulatorio o un tratamiento contra el cáncer autorizados cuando:

- Los cargos de las pruebas habrían estado cubiertos si la persona cubierta estuviera recluida como paciente hospitalizado; y
- Las pruebas no se repiten en el hospital ni en ningún otro lugar.

**Los gastos cubiertos se limitan a un máximo de \$500 por persona y por vigencia.**

### Cirugía reconstructiva

- 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/certificado es de 60 días por persona y por vigencia, tanto para la rehabilitación como para los gastos de ECF. Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

### Gastos quirúrgicos

Se limitan a los siguientes conceptos cuando una persona cubierta se somete a una cirugía:

- Honorarios profesionales del cirujano.
- Honorarios del cirujano asistente, limitados al 16% de los gastos admitidos del procedimiento.
- Uso de una sala de operaciones, de tratamiento o de recuperación por parte de un paciente ambulatorio con fines de cirugía.
- Costo y administración de un anestésico.
- Cargos realizados por un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o por una unidad de pacientes ambulatorios identificable e independiente de un hospital para servicios y suministros relacionados con una cirugía para pacientes ambulatorios.
- Servicios posoperatorios de laboratorio necesarios por la cirugía.
- Tratamiento quirúrgico de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.

**Los gastos quirúrgicos cubiertos no incluyen extracción dental ni cargos por cirugía realizada en el consultorio de un médico o en un centro diferente a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o por una unidad de pacientes ambulatorios identificable e independiente de un hospital para servicios y suministros relacionados con cirugía para pacientes ambulatorios.**

### 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 la póliza/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 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”.

# Beneficios médicos continuación

## (planes de seguro)

### Beneficio de gastos de trasplante, continuación

#### No se pagan beneficios por:

- 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 USFDA.

### Cuidado de urgencia

Copago de \$75 por cada visita al consultorio para servicios, incluso servicios profesionales, prestados en un centro de cuidados de urgencia, limitado a 2 visitas por cada persona y por cada vigencia. Las visitas adicionales de cuidado de urgencia estarán sujetas al deducible y al porcentaje de coseguro que corresponda.

### Beneficios adicionales

- Los Servicios de Cuidado Médico Preventivo para Niños para cualquier persona cubierta que cumpla con los requisitos de edad están sujetos a 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.

- Equipos, suministros y servicios para la diabetes, conforme se definen en el certificado.
- 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.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro de autismo, incluidos los tratamientos basados en la evidencia.
- 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/certificado y por persona cubierta.
- Exámenes de cáncer colorrectal y análisis de laboratorio de acuerdo con las pautas publicadas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer.
- Un examen rectal digital y una prueba del antígeno específico de la próstata por cada vigencia de la póliza/el certificado y por cada persona cubierta, para la detección temprana del cáncer de próstata (exento 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 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.



# 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 Esencial Mínima" del seguro de salud según la Ley del 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 Esencial Mínima" de seguro de salud según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y obtener ayuda para pagarla en [www.healthcare.gov](http://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.

## Detalles del certificado

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 la póliza/certificado o que superen los gastos aprobados.
- 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.
- Modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, como una cirugía de cambio de sexo.
- 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 estuviera en peligro si el feto llegara a término).

- El tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) o trastornos craneomandibulares.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en la póliza/el certificado, incluidas consultas telefónicas, incumplimiento de citas, gastos de televisión o gastos de teléfono.
- Terapia de pareja, familia o niños.
- 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.
- Disponibilidad de reserva de un profesional médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Gastos dentales, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en la póliza/certificado.
- Tratamientos estéticos.
- El diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de la actitud o problemas disciplinarios.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- 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 de la póliza/certificado.
- 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 de la póliza/el Certificado.

# Exclusiones/Limitaciones continuación

## (planes de seguro)

### Exclusiones generales, continuación

#### No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- 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 la póliza/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, terapia del habla para pacientes ambulatorios o terapia ocupacional, excepto por lo dispuesto en la póliza/el certificado.
- Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular, terapia visual, o cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos.
- Debido al embarazo (excepto complicaciones).
- Cualquier gasto, incluidas las pruebas diagnósticas realizadas en confinamiento, principalmente para el cuidado del bebé sano.
- Cuidado preventivo o profiláctico, incluidos exámenes médicos de rutina, exámenes prematrimoniales y programas educativos, salvo por lo previsto expresamente en la póliza/el certificado.
- Gastos que resulten de tratamientos experimentales o de investigación, o de servicios no comprobados.
- Gastos incurridos fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia.
- 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 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 la póliza/el certificado.
- Un servicio por el cual un proveedor que no pertenece a la red renuncia no gestiona o no cobra un copago, deducible o coseguro adeudado y aplicable.
- Un servicio por el cual un proveedor que no pertenece a la red renuncia no gestiona o no cobra un copago, deducible o coseguro adeudado y aplicable. Gastos que se deban 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.
- Gastos de o relacionados con paternidad subrogada.
- Gastos de o relacionados con el tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
- Tratamientos alternativos, excepto que estén cubiertos de manera específica en la póliza/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 la Salud.
- Reemplazo de articulaciones, a menos que tenga relación con una lesión cubierta por la póliza/el certificado.
- Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de la columna vertebral o de la espalda para pacientes ambulatorios, salvo lo dispuesto expresamente en la póliza/el certificado.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de abuso de sustancias, incluso el tratamiento de abuso de sustancias ordenado por un tribunal.
- Cuidado de asistencia médica a domicilio, salvo lo dispuesto expresamente en la póliza/el certificado.
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, excepto por lo dispuesto específicamente en la póliza/el certificado.
- Servicios o suministros recibidos como paciente ambulatorio, excepto por lo dispuesto expresamente en la póliza/certificado.
- Tratamiento que no es de emergencia de las amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, o hernia.

# 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

Formularios 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.

\* 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.

### 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 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 agente de seguros, estos están debidamente autorizados y designados para realizar solicitudes ante Golden Rule Insurance Company.

### 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:

- **En el caso de 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 deterioro grave de las funciones corporales; o
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

# Disposiciones del plan continuación

## (planes de seguro)

### 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 que no pertenece a la red y lo que nosotros pagamos por un gasto admitido de la red.

### No renovable

Su póliza/certificado Médico a Corto Plazo no es renovable y se emite para 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 póliza/certificado, a menos que la póliza/certificado se cancele antes por cualquiera de las razones especificadas en la sección Cancelación.

### 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 prorrateará 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.

### 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.



# Diferencias entre estados (planes de seguro)

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

## Florida

Formulario de Certificado C-020.1HSD con Aval de FL MGRENDFL-ST4

- Un niño con derecho a cobertura continuará siendo una persona cubierta hasta los 30 años de edad.
- El niño recién nacido estará cubierto desde el momento del nacimiento por un siniestro debido a lesión y enfermedad, incluidas las complicaciones del nacimiento, nacimiento 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 equipamiento 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 del recién nacido están exentos del deducible.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
  - Anestesia general y servicios prestados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria para el tratamiento 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 si el cuidado dental necesario fuera proporcionado en algún lugar diferente a un hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios.
  - Cobertura de mastectomía que incluye: cobertura médicamente necesaria para pacientes hospitalizados; cuidado posquirúrgico de seguimiento y médicamente necesario para pacientes ambulatorios; y cobertura para dispositivos protésicos y cirugía reconstructiva de seno médicamente necesaria.
  - Servicios de supervisión de niños, exentos de deducible si: se proporcionan durante intervalos periódicos conforme a las recomendaciones de cuidado preventivo para niños de la Academia Americana de Pediatría; y se limitan a los servicios de un proveedor para todos los servicios proporcionados en cada visita.
  - Los servicios y el tratamiento que el médico tratante receta como médicamente necesarios para el tratamiento del labio leporino o paladar hendido para un niño cubierto menor de 18 años.

- Diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios de la osteoporosis para personas en alto riesgo, según se define en el certificado.
- 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 del desarrollo, una enfermedad o una lesión.
- Los servicios de mamografía se limitan a:
  - > Una o más mamografías cada año para personas de sexo femenino cubiertas en riesgo de cáncer de seno, según la recomendación del médico;
  - > Una mamografía de referencia para una persona de sexo femenino cubierta de 35 a 39 años que no esté en riesgo de cáncer de seno;
  - > Una mamografía para una persona de sexo femenino cubierta de 40 a 49 años, que no esté en riesgo de cáncer de seno: cada 2 años o con mayor frecuencia dependiendo de la recomendación del médico; o con frecuencia mayor a cada 2 años si la persona de sexo femenino 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 una persona de sexo femenino cubierta de 50 años que no esté en riesgo de cáncer de seno.
- 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.

## Michigan

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

- No aplican las exclusiones para lo siguiente:
  - Debido a daño corporal autoinfligido intencionalmente
  - Cuando la persona cubierta participa en disturbios.
- No se pagarán beneficios por ninguna enfermedad o lesión sufrida 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 un tratamiento médicamente necesario de disforia de género.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Mississippi

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-E-HS-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:
  - Las tarifas de anestesia general y de centros asociados en las 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 para o relacionada con la paternidad subrogada.

### Nebraska

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

- La definición de “niño que cumple los requisitos” se amplía para incluir: un niño que sigue dependiendo principalmente de usted o de su cónyuge para su manutención y sostenimiento 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 cobertura del examen de detección y los exámenes de laboratorio para cáncer colorrectal se aplican a una persona cubierta sin síntomas de 50 años o mayor e incluye 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 gastos cubiertos se amplían para incluir:
  - Hasta \$2,500 una vez en la vida para el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico médicamente necesario de los trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) y craneomandibular.
  - 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 la atención dental en sí) para las personas cubiertas: de ocho (8) años o menores; o para quienes se requiere anestesia general para la atención dental debido a una discapacidad del desarrollo.
  - Hasta \$3000 por aparatos auditivos médicamente necesarios para un niño 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 certificado con la autorización médica de un otorrinolaringólogo y los costos relacionados para dispensación.
    - > Evaluación, adecuación y programación. Mediciones del micrófono de sonda para verificar que la ganancia y salida del aparato auditivo cumplan con los objetivos recetados.
    - > Reparaciones, ajustes de seguimiento, servicio y mantenimiento.
    - > Impresiones de moldes para los oídos.
    - > Moldes para los oídos.
    - > 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.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Pennsylvania

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

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
  - Anestesia general, tarifas del centro y demás cargos relacionados incurridos en conjunto con el cuidado dental (pero sin incluir los servicios dentales reales) proporcionado en un hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios cuando la persona cubierta es:
    1. Un niño de siete (7) años o menor que cumple los requisitos.
    2. Una persona con discapacidad del desarrollo y un resultado satisfactorio que no se esperaría con anestesia local, pero sí se podría esperar un resultado mejor por el tratamiento con anestesia general.
  - Las vacunas de niños, como se definen en la póliza, están exentas de cualquier deducible o límites máximos de dinero, pero se limitan al 150% del precio promedio mayorista del agente inmunizante, 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).
  - Para un examen ginecológico de rutina que incluye un examen pélvico y un examen de seno durante la vigencia de la póliza para cada persona cubierta de sexo femenino.

### Tennessee

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

- Si los servicios para emergencias son prestados en un centro de la red por una facilidad médica fuera de la red porque 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. Los “Servicios para emergencias” son, con respecto a una condición médica de emergencia, los artículos y servicios de cuidado de la salud proporcionados y prestados en un hospital necesarios para determinar, evaluar o tratar una condición médica de emergencia, hasta cuando se establezca la condición, según las indicaciones de un médico o según un protocolo indicado por un hospital.

- 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.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
  - Hasta \$1,000 por cada oído por vigencia de la póliza para aparatos auditivos para personas cubiertas menores de 18 años.
  - 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 con licencia. 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/el 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 los cargos que no se hubieran cobrado si usted 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.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Tennessee, continuación

- 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 se 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-HS-D-42R

- La definición de “niño que cumple los requisitos” se amplía para incluir un hijastro; 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 o 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 hijo 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/ el 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 condición médica de gravedad y aparición reciente como un dolor intenso, que llevaría 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 deterioro grave de las funciones corporales;
  - Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o
- Una desfiguración grave 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 para el automanejo de la diabetes. No se aplica el límite de un programa de capacitación una vez durante su vida para la persona cubierta. Consulte el certificado para obtener información detallada completa.
- Los gastos cubiertos para cirugía craneofacial reconstructiva 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.
- Los gastos médicos catastróficos para prótesis para pacientes ambulatorios 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, incluidos:
    - > 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.
- Tratamiento del trastorno del espectro de autismo, que incluye:
  - Examen de los trastornos del espectro autista para un niño que cumple los requisitos a los 18 y 24 meses.
  - Servicios recetados generalmente reconocidos para el diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro de autismo para personas cubiertas, que incluyen: tratamientos basados en la evidencia; servicios de evaluación y valoración; análisis conductual aplicado; capacitación en conducta y manejo de conducta; terapia del habla; terapia ocupacional; fisioterapia y medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro de autismo. En el caso de las personas cubiertas a partir de los 10 años, el análisis conductual aplicado en un paciente ambulatorio para el tratamiento de trastornos del espectro de autismo se limitará a un máximo de \$50,000 por vigencia de la póliza.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Texas, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
    - Preparaciones modificadas de aminoácidos médicamente necesarias, 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 fenilcetonuria (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 que cumple los requisitos hasta los 18 años. Este beneficio incluye lo siguiente:
      - > Servicios de ajuste y dispensación y el suministro de moldes para los oídos según sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los audífonos;
      - > Los tratamientos relacionados con los aparatos auditivos e implantes cocleares, incluida la habilitación y rehabilitación según sea necesario para recibir educación.Los gastos cubiertos se limitan a un audífono en cada oído cada tres años y un implante coclear en cada oído con reemplazo interno según sea audiológico o médicamente necesario.
    - Vacunas para niños, exentas de deducible, copago y coseguro.
    - Un examen de audición realizado en los primeros 30 días siguientes al nacimiento y el correspondiente cuidado de seguimiento de diagnóstico necesario durante los primeros 24 meses siguientes al nacimiento. Los cargos incurridos por el examen de detección 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.
    - 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.
  - Cambios 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.
  - 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;
    - > 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.
  - El diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos es el mismo que para 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 en crisis y un centro de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas.
- Con respecto a los límites de los gastos cubiertos para 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.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### West Virginia

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

- El gasto cubierto por equipos, suministros y servicios para el tratamiento de la diabetes se amplía para incluir: suministros para monitoreo, dispositivos de infusión de insulina, ortesis, aparatos ortopédicos, dispositivos para monitoreo de la presión arterial y exámenes regulares de los pies por parte de un médico.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
  - Los siguientes exámenes de detección del cáncer:
    - > Mamografías cuando son médicamente apropiadas y congruentes con las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
    - > Una prueba de Papanicolaou por vigencia de la póliza, ya sea convencional o citología en base líquida, el que sea médicamente apropiado y congruente con las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos o el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, para personas cubiertas de 18 años en adelante.
    - > Una prueba del virus del papiloma humano (HPV) para personas cubiertas de 18 años en adelante, cuando sea médicamente apropiada y congruente con las pautas actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos o el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
    - > 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, exento del deducible. La cobertura de las pruebas de detección no disminuye ni limita los beneficios de diagnóstico disponibles según la póliza/el certificado.
  - Una prueba anual 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.
  - Cargos por anestesia general, tarifas del centro y demás cargos relacionados incurridos en conjunto con el cuidado dental (pero sin incluir los servicios dentales reales) proporcionado en un hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios para las siguientes personas cubiertas:
    1. un niño de siete (7) años o menor que cumple los requisitos.
    2. Un niño de doce (12) años, o menor, que cumple los requisitos, con una fobia o trastorno mental documentados:
      - a. Que tiene necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no debería retrasarse ni postergarse;
      - b. Cuando la falta de tratamiento podría provocar una infección, pérdida de un diente u otra morbilidad bucal o dental; y
      - c. Cuando no se podría esperar un resultado satisfactorio con anestesia local por dicha condición, pero sí se podría esperar un resultado mejor con anestesia general.
  - Cargos incurridos por una persona cubierta para terapia con antibióticos a largo plazo médicamente necesaria para tratar la enfermedad de Lyme, cuando es recetada por un médico, después de una evaluación meticulosa de los síntomas, los resultados de las pruebas diagnósticas o la respuesta al tratamiento de la persona cubierta.
  - Cargos incurridos por una persona cubierta hasta por 20 visitas para el tratamiento del dolor crónico, por evento que produzca dolor mientras la póliza/el certificado está vigente, cuando es recetado por un profesional médico, una enfermera especializada o terapeuta ocupacional, para los siguientes servicios: fisioterapia; terapia ocupacional; manipulación osteopática; programa de manejo del dolor crónico; servicios quiroprácticos.
  - Medicamentos analgésicos opiáceos disuasivos del abuso de sustancias, medicamentos analgésicos opiáceos incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta. Los gastos cubiertos incluyen el medicamento, los dispositivos de administración y cualquier tarifa de administración de la farmacia relacionada con el suministro del producto.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Wisconsin

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

- Un hijo adulto que cumple los requisitos puede agregarse como persona cubierta si:
    - Solicita por escrito el seguro del dependiente;
    - Usted paga las primas requeridas;
    - Usted aporta un historial médico completo, sin costo alguno para nosotros y
    - Usted aporta una constancia de que esa persona es un hijo adulto que cumple los requisitos.
  - Se amplían los gastos cubiertos para la diabetes y la capacitación para el automanejo de la diabetes. No se aplica el límite de un programa de capacitación una vez durante su vida para la persona cubierta. Equipos, suministros y servicios para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, incluidos:
    - 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.
  - Los gastos cubiertos para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro de autismo se amplían para incluir:
    - Servicios intensivos del comportamiento basados en la evidencia, 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 a la semana en un período de seis meses de terapia intensiva del comportamiento basada en la evidencia, 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 proporciona un médico o un profesional médico.
    - Servicio que no es intensivo
  - Los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio cubierto en el caso de un cáncer potencialmente mortal deben estar certificados por un médico, como se define en el certificado. Los servicios de 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, pero cada período de cuatro horas de servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio durante una visita se contabilizará como una visita de cuidado de asistencia médica a domicilio. Si la duración de una visita para prestar los servicios de cuidado 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). 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 se amplían para incluir:
    - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, incluidos:
      - > Trastornos relacionados con sustancias y adictivos.
      - > Cargos de pacientes ambulatorios incurridos por una fuente colateral en cualquiera de los siguientes para mejorar el tratamiento de la persona cubierta: un programa en un centro de tratamiento para pacientes ambulatorios; un médico certificado que ha terminado su residencia en psiquiatría; un psicólogo; o un profesional de salud mental con licencia que ejerce dentro del alcance 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 de acuerdo con 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 adictivos, en un proveedor que no pertenece a la red, ubicado en Wisconsin y en un lugar 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.

# Diferencias entre estados continuación

## (planes de seguro)

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

### Wisconsin, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían para incluir: (continuación)
    - Procedimientos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico médicamente necesarios o no quirúrgicos 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 vigencia de la póliza para cada persona cubierta y no incluyen cobertura para atención de ortodoncia estética o electiva, atención de periodoncia o atención dental general.

  - Los servicios, artículos o fármacos para el tratamiento del cáncer administrados bajo un ensayo clínico como se define en el certificado.
  - Los cargos aplicados por un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio por concepto de anestesia general y atención dental a una persona cubierta que: es menor de 5 años; tiene una discapacidad crónica; o tiene una condición médica que requiere hospitalización o anestesia general para la atención 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.
  - Un examen de mamografía de rutina durante el vigencia de la póliza para cada persona cubierta de sexo femenino a partir de los 45 años.
  - 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 a \$30,000 por persona cubierta cada año.
- 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 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](http://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](http://www.usafact.org) o llame a la línea gratuita (800) USA-FACT.

\* Al 12/9/23. Para ver nuestra última calificación, ingrese a [www.ambest.com](http://www.ambest.com).

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

46996ESP-G-0225

