Estados:
AL AR
AZ

Índice

¿Qué es TriTerm Medical?	2
Información del Plan	3
Red	4
Opciones y Otros Productos	5
Beneficios	6
Exclusiones y Limitaciones	9
Disposiciones del Plan	11
Diferencias entre Estados	13
Aviso de Prácticas de Privacidad	14
Información de FACT	17

UnitedHealthcare®
Golden Rule Insurance Company

DIRECT

Planes de Salud TriTerm

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

Esta cobertura no tiene que cumplir ciertos requisitos del mercado federal de seguros de salud, en particular los que figuran en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Lea con atención su certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios de emergencia, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos con receta y servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias). Los beneficios de salud de su certificado también pueden tener límites en las cantidades de una vez en la vida o por año. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar a un período de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro de salud.

Formularios de certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-VAL (se utiliza en los planes Value y Value Direct), GRI-STAG-EXT1D-P-C (se utilizan en todos los demás planes) y otras variaciones según el estado.

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

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

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

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

COBERTURA DE CUIDADO PREVENTIVO

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

COBERTURA DE CONSULTORIO MÉDICO

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

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

3 PLAZOS

PLAZO 1 364 DÍAS > **PLAZO 2** 365 DÍAS > **PLAZO 3** 365 DÍAS

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

Aspectos Destacados de los Gastos Cubiertos dentro de la Red

3 PLAZOS — PLAZO 1 364 DÍAS > PLAZO 2 365 DÍAS > PLAZO 3 365 DÍAS

		Copay Select Direct/Max	Plan 80 Direct/Max	Plan 100 Direct/Max	Value Direct/Value
Deducible (por persona y por plazo; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000, $12,500 o $15,000
Coseguro (% que usted paga después del deducible por plazo)	Usted paga:	30%	20%	0%	Value Direct: 30%, 40% o 50% Value: 30% o 50%
Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro (después del deducible, por persona y por plazo)	Usted paga hasta:	$4,500	$2,000	$0	$10,000
Beneficio Máximo (por persona una vez en la vida)	Pagamos hasta:	Direct: $1 millón Max: $2 millones	Direct: $1 millón Max: $2 millones	Direct: $1 millón Max: $2 millones	Value Direct: $1 millón Value: $2 millones
Salud					
Visita al Consultorio Médico (Historial y Examen solamente) (por persona y por plazo)	Usted paga:	$50 de copago por las primeras 4 visitas[1]	20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	Coseguro elegido después del deducible
Centro de Cuidado de Urgencia		$75 de copago			$75 de copago
Cuidado Preventivo ($200 de beneficio máximo por persona y por plazo, después de un período de espera de 6 meses solo para el plazo 1)		$50 de copago			Cuidado Preventivo No Cubierto
Sala de Emergencias (Accidentes y Enfermedades) (sólo por enfermedad: $500 de deducible adicional si no se le admite)		30% después del deducible			Coseguro elegido después del deducible
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios, Laboratorio y Radiografías		30% después del deducible			Coseguro elegido después del deducible
Farmacia					
Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios (Máximo $5,000 de gastos cubiertos por persona y por plazo)	**Nivel 1**	$25 de copago	**20% después del deducible** Al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio más bajo posible por los medicamentos con receta en el punto de venta.	**Sin cargo después del deducible** Al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio más bajo posible por los medicamentos con receta en el punto de venta.	**Sin Cobertura** Usted recibirá una tarjeta de descuentos.[3]
	Deducible por Medicamentos con Receta (por persona y por plazo)	$500 y después:			
	Nivel 2	$55 de copago			
	Nivel 3	$75 de copago			
	Nivel 4	50% después del deducible de medicamentos con receta			
Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente[2] Corresponde al deducible de salud seleccionado (página 11)	Pagamos hasta:	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$5,000, $7,500, $10,000 o $12,500	$2,500, $5,000, $7,500, $10,000, $12,500 o $15,000

La primera fecha de vigencia es de 5 días después de la solicitud. La cantidad proporcionada de los beneficios depende del plan seleccionado y la prima variará según la cantidad seleccionada de los beneficios. Los beneficios fuera de la red varían. Consulte los detalles en la página 4. Esta cobertura no califica como "Cobertura mínima esencial", como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y es posible que no cubra todos los beneficios esenciales de salud en su estado. [1] 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] Se requiere una prima adicional. [3] Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento con receta.

UnitedHealthcare

Choice Plus Network

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

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

Acceso a una Amplia Red de Cuidado y Ahorros en Costos

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

Acceso a Cuidado de Calidad de:

1.4 millones de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud.[1]

Más de 6,500 hospitales y otros centros.[1]

Red Nacional

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

Sin Facturación de Saldos

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

[1] Formulario anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/20.

Más Opciones de Cobertura

Asegurada por Golden Rule Insurance Company (GRIC)

BENEFICIO OPCIONAL SUPLEMENTARIO POR ACCIDENTES

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

PLAN DE ACCIDENTES PROGAP

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

CUIDADO DENTAL Y SERVICIOS PARA LA VISTA

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

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

Beneficios Médicos (planes de 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 (véase Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Servicios de Ambulancia

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

Gastos del Tratamiento del Cáncer

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

Servicios de Salud Preventiva para Niños

Servicios para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad. 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, una vez en la vida, a menos que se recete una capacitación adicional debido a un cambio significativo en los síntomas o la condición.

Pruebas de Diagnóstico

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

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

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

Equipo Médico Duradero

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

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio

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

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

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 (véase Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

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

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

Servicios Hospitalarios
Servicios de habitación y comida diaria en el hospital a la tarifa más común de una habitación semiprivada; gastos aprobados 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 por cada visita a la sala de emergencia por una enfermedad, a menos que la persona cubierta sea admitida directamente en el hospital para el tratamiento posterior de la enfermedad.

El hospital no incluye un asilo de convalecencia ni un centro de cuidado prolongado.

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

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

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

Cuidado Preventivo (excepto para los planes Value)
Gastos de cuidado preventivo, que incluyen, entre otros, vacunas, análisis de orina y de sangre, exámenes de densidad ósea, electrocardiogramas (EKG), pruebas de esfuerzo cardíaco, mamografías, exámenes cervicales y de Papanicolaou, exámenes y vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) y pruebas de vigilancia del cáncer de ovario. Se limitan a un beneficio máximo de $200 por persona cubierta y por plazo. Los gastos cubiertos por la disposición de Beneficios Médicos no contarán para alcanzar este máximo. El cuidado preventivo no incluye la tomografía axial computarizada (TAC o CT), la resonancia magnética (MRI) o la tomografía por emisión de positrones (PET) realizadas como procedimiento rutinario o preventivo.

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

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

Centro de Rehabilitación y de Cuidado Prolongado (ECF)
Para tener derecho a los beneficios, un centro de rehabilitación o de cuidado prolongado 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 persona y por plazo, tanto para la rehabilitación como para los gastos de ECF. Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

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 (véase Diferencias entre Estados). El certificado contiene información completa de la cobertura.

Trastornos de la columna vertebral y la espalda

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

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

Tratamientos Terapéuticos

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

Beneficio de Gastos de Trasplante

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

Para obtener información de todos los demás trasplantes cubiertos, consulte el certificado de “Trasplantes Incluidos” en la sección de Beneficios de Gastos de Trasplante. La persona cubierta debe ser un candidato adecuado, según como lo determinemos. El trasplante no debe ser experimental o de investigación. Los gastos cubiertos de los “Trasplantes Incluidos” se limitan a 2 durante un máximo de 36 meses de duración de la póliza, por persona.

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

No se pagan beneficios por:

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

Beneficios Adicionales

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

Información Adicional (planes de seguro)

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

Detalles del Certificado **Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado.**

Exclusiones o Limitaciones

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

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

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

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

- **Condiciones preexistentes** — Condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento, cualquier procedimiento o procedimientos de diagnóstico o evaluación adicional dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o una condición cuya manifestación habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que la persona cubierta obtuvo el seguro del certificado; o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura.

  NOTA: Incluso si tuvo cobertura antes de Golden Rule Insurance Company y sus condiciones preexistentes estaban cubiertas por ese plan, no estarán cubiertas por este plan durante los primeros 12 meses.
- Gastos que no se habrían cobrado si no tuviera un seguro.
- Gastos impuestos por un proveedor (incluido un hospital) que el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
- Servicios prestados por un familiar inmediato.
- Gastos que no estén identificados e incluidos como cubiertos en el certificado o que superen los gastos 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, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos para la concepción, incluidos, entre otros, inseminación artificial o tratamiento de la infertilidad o la impotencia.
- Esterilización o reversión de la esterilización.
- Cirugía de reducción fetal o aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro).
- Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) o trastornos craneomandibulares, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, como una cirugía de cambio de sexo.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en el certificado, incluidas consultas telefónicas, incumplimiento de citas, gastos de televisión o gastos de teléfono.
- Terapia de pareja, familia o niños.
- Disponibilidad de reserva de un médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Habitación y comida en el hospital y servicios de enfermería si se le admite un viernes o un sábado, a menos que sea una emergencia o una cirugía médicamente necesaria que esté programada para el día siguiente.
- Gastos de cuidado dental, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos estéticos.
- Diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas disciplinarios, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- Paternidad subrogada.
- Tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).

Información Adicional (planes de seguro)

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

Exclusiones Generales, continuación

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

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

Información Adicional (planes de seguro)

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

Exclusiones Generales, continuación

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

- Gastos que resulten de tratamientos experimentales o de investigación, o de servicios no comprobados.
- Los gastos en los que incurra una persona cubierta para el tratamiento de amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, hernias o cualquier otro trastorno de los órganos reproductivos no estarán cubiertos durante los primeros 6 meses de cobertura de la póliza. Esta exclusión no se aplicará si el tratamiento se proporciona con carácter de urgencia.

Beneficio Suplementario Opcional de Accidentes de los Planes de Salud TriTerm

Formulario SA-S-1899G-GRI y variaciones según el estado

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

Tarifa de Solicitud

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

Coordinación de Beneficios (incluido Medicare)

Si después de emitir la cobertura, una persona cubierta pasa a estar asegurada por otro plan de salud o por Medicare, los beneficios se determinarán según la cláusula de Coordinación de Beneficios (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 solteros y menores de 26 años en el momento de la solicitud.

Fecha de Vigencia

Los gastos por lesiones y enfermedades se admiten en la cobertura a partir de la fecha de vigencia de su plan. Su certificado entrará en vigencia el último día de:

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

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

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

Requisitos

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 en el certificado.

Información Adicional (planes de seguro)

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

Emergencia

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

Beneficios Más Bajos Fuera de la Red

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

No Renovable

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

Prima

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

Factores para Determinar las Tarifas

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

Cancelación

El certificado se cancelará en la primera fecha entre:

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

Diferencias entre Estados
(planes de seguro)

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

Alabama

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-01, GRI-STAG-EXT1D-P-C-VAL-01

Las mamografías no tienen un período de espera de 6 meses y no están sujetas al beneficio máximo de $200 para cuidado preventivo. (No se aplica a los planes Value).

Arkansas

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C, GRI-STAG-EXT1D-P-C-VAL

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por aparatos auditivos comprados a un profesional autorizado en el estado de Arkansas para vender aparatos o instrumentos auditivos. Los gastos cubiertos por aparatos auditivos estarán exentos de cualquier deducible, copago o porcentaje de coseguro, pero se limitarán a un máximo de $1,400 por oído en un período de tres años y por persona cubierta. “Aparato auditivo” significa un instrumento o dispositivo, incluido el trabajo de reparación y piezas de repuesto, que:

A. Se haya creado y se ofrezca con el propósito de ayudar a las personas con problemas auditivos o compensar estos problemas;

B. Se lleva en o sobre el cuerpo; y

C. Por lo general, no es útil para personas sin problemas auditivos.

Arizona

Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-02, GRI-STAG-EXT1D-P-C-VAL -02

No hay diferencias para este estado.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

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

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.
- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud**, tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.
- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.
- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

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

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

33638SP-X-201902 Los productos están suscritos o administrados por: All Savers Insurance Company, All Savers Life Insurance Company of California, Golden Rule Insurance Company, Oxford Health Insurance, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, y/o UnitedHealthcare Life Insurance Company.

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

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

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

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

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

33638SP-X-201902 Los productos están suscritos o administrados por: All Savers Insurance Company, All Savers Life Insurance Company of California, Golden Rule Insurance Company, Oxford Health Insurance, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, y/o UnitedHealthcare Life Insurance Company.

- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como *www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com*.
- **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** *(Solo en Nuevo México)*
  Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.

Ejercer sus derechos

- **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).
- **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.
- **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:
- Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719
- **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

33638SP-X-201902 Los productos están suscritos o administrados por: All Savers Insurance Company, All Savers Life Insurance Company of California, Golden Rule Insurance Company, Oxford Health Insurance, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, y/o UnitedHealthcare Life Insurance Company.

Quiénes somos

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

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación "A" (Excelente) 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 sólo están disponibles para los miembros de la Federación de Consumidores y Viajeros de EE. UU. (FACT) (consultar a continuación). Si aún no es miembro, puede inscribirse con su solicitud de TriTerm Medical para poder solicitar estos planes.

¿Qué es FACT?

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

¿La inscripción en FACT tiene algún costo?

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

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

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

- Beneficio por Muerte Accidental
- Beneficio en el Hospital, Reembolso por Ambulancia y Cobertura de Evacuación Médica
- Acceso a Telemedicina
- Descuentos en Servicios Dentales, para la Vista, para Aparatos Auditivos y Medicamentos Recetados
- Protección Cibernética y contra el Robo de Identidad
- Clases de Acondicionamiento Físico, Bienestar, y Salud por Internet
- Descuentos en Viajes
- Cobertura de Mascotas
- Subvenciones Comunitarias y Becas
- Programa de Recuperación de Pequeñas Empresas y Ayuda ante Desastres

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

UnitedHealthcare®
Golden Rule Insurance Company

* Al 12/18/20. Para ver nuestra última calificación, ingrese a www.ambest.com.

© 2020 United HealthCare Services, Inc.

45711PSP-G-1221