

**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** 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).

Estados:  
AL AR AZ FL



## Índice

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Información del Plan       | 2  |
| Red                        | 3  |
| Beneficios                 | 4  |
| Exclusiones y Limitaciones | 8  |
| Disposiciones del Plan     | 10 |
| Diferencias entre Estados  | 12 |
| Aviso de Prácticas de      |    |
| Privacidad                 | 14 |
| Información de FACT        | 17 |

DIRECT

# Planes Triterm de Seguro de Salud, Servicios Hospitalarios y Cirugía

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 es un plan de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).** Véase la página 8 de este folleto para obtener información sobre Exclusiones y Limitaciones, seguida de las Diferencias entre Estados. Este es un resumen general. Esta cobertura no tiene que cumplir ciertos requisitos del mercado federal de seguros de salud, en particular los que figuran en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Lea con atención su certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios de emergencia, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos 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 por 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-HSM (se aplica a los planes Hospital & Surgical Direct), GRI-STAG-EXT1B-P-C-HSM (se aplica a los planes Hospital & Surgical) y otras variaciones 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.

# Aspectos Destacados de los Gastos Cubiertos Dentro de la Red

3  
PLAZOS

PLAZO 1  
364 DÍAS

PLAZO 2  
365 DÍAS

PLAZO 3  
365 DÍAS

|  |                   | Hospital & Surgical                             | Hospital & Surgical Direct                      |
|--|-------------------|---|---|
| <b>Deducible</b> (por persona y por plazo; máximo 2 por familia)                                     | Usted paga hasta: | \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000 | \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000 |
| <b>Coseguro</b> (% que usted paga después del deducible por plazo)                                   | Usted paga:       | Escoja entre 30% o 50%                          | Escoja entre 30%, 40% o 50%                     |
| <b>Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro</b> (después del deducible, por persona y por plazo) | Usted paga hasta: | \$10,000  | \$10,000  |
| <b>Beneficio Máximo</b> (por persona de por vida)  | Pagamos hasta:    | \$2 millones                                    | \$1 millón                                      |

## Salud

|   |             |  |  |
|---|-------------|--|--|
| <b>Visita en Centro de Cuidado de Urgencia</b> (por persona y por plazo)  |             | \$75 de copago por las 2 primeras visitas <sup>1</sup> | \$75 de copago por las 2 primeras visitas <sup>1</sup> |
| <b>Sala de Emergencias (Accidentes y Enfermedades)</b> (sólo por enfermedad: \$500 de deducible adicional si no se le admite)     | Usted paga: | Coseguro elegido después del deducible                 | Coseguro elegido después del deducible                 |
| <b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios</b>                                 |             | Coseguro elegido después del deducible                 | Coseguro elegido después del deducible                 |
| <b>Laboratorio y Radiografías para Pacientes Ambulatorios</b> (máximo \$500 de gastos cubiertos por cada persona y por plazo)     |             | Coseguro elegido después del deducible                 | Coseguro elegido después del deducible                 |
| <b>Agregar el Beneficio Suplementario por Accidente<sup>2</sup></b><br>Corresponde al deducible de salud seleccionado (página 10) |             | Pagamos hasta:   | \$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500 o \$15,000        |

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. 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 3. 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. <sup>1</sup> Las visitas posteriores están sujetas a un deducible y luego a un coseguro. El copago no se aplica al deducible, al coseguro ni al máximo de gastos de su bolsillo de coseguro. <sup>2</sup> Se requiere una prima adicional.

## 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](https://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.<sup>1</sup>

Más de 6,500 hospitales y otros centros.<sup>1</sup>



### 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.

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

### Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado.

Un médico debe administrar los gastos cubiertos, que deben ser médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad y no pueden estar excluidos en ninguna parte de la póliza o certificado.

#### Servicios de Ambulancia

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

#### Reconstrucción de Seno después de una 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 al 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.

#### 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 de por 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.

### Beneficios para Pacientes Hospitalizados

Los gastos por los siguientes conceptos cuando una persona cubierta se encuentre en un hospital como paciente hospitalizado. **El hospital no incluye un asilo de convalecencia ni un centro de cuidado prolongado.**

- Servicios de habitación y comida diaria y de enfermería en un hospital a la tarifa más común de una habitación semiprivada
- Gastos aprobados de servicios de habitación y comida diaria y de enfermería en una unidad de cuidados intensivos.
- Uso como paciente hospitalizado de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación.
- Servicios y suministros, incluidos los medicamentos que habitualmente se administran a las personas solo mientras estén hospitalizadas.
- 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 artificiales y prótesis de laringe y pecho. Reemplazo sólo si es necesario por un cambio físico en la persona cubierta y si no es posible modificar el artículo.
- Honorarios profesionales de médicos y practicantes médicos.
- Tratamiento como paciente hospitalizado de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.

### Beneficio por Cáncer Potencialmente Mortal

Los gastos cubiertos incluyen el diagnóstico y el tratamiento como paciente ambulatorio de cáncer potencialmente mortal, incluida la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y los medicamentos relacionados con el tratamiento.

Además, una persona que recibe tratamiento para un cáncer potencialmente mortal también recibe la siguiente cobertura por enfermedad o lesión desde el momento en que comienza el tratamiento hasta que termina su cobertura según la póliza o el certificado:

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

### 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 practicante 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 gastos 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, aparatos ortopédicos y férulas, 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.
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios recibidos de una farmacia autorizada para medicamentos que, de acuerdo con la legislación estatal aplicable, sólo pueden suministrarse con la receta escrita de un médico. Los gastos cubiertos se limitan a los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta 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). Pueden aplicarse algunas excepciones y exclusiones. Consulte el certificado para obtener más información.
- Cuidado de asistencia médica a domicilio, lo que incluye:
  - Servicios de auxiliar para el cuidado de asistencia médica a domicilio con un límite de 7 visitas por semana y un máximo de 365 visitas de por vida. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar para el cuidado de asistencia médica a domicilio se contará como una visita.
  - Los servicios privados de enfermería certificada prestados como paciente ambulatorio, con un límite máximo de 1,000 horas de por vida. Las visitas intermitentes de servicios privados de enfermería

certificada (sin exceder 4 horas en cada una) se limitarán a \$75 por visita y se considerará que 2 horas cuentan para alcanzar el límite máximo de 1,000 horas.

- Los honorarios de un profesional certificado en terapia respiratoria, física, ocupacional o 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 Mayores como Paciente Ambulatorio

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 junto con la radioterapia y el mismo día.
- Quimioterapia, incluidos el costo y la administración de la quimioterapia, y las pruebas de diagnóstico realizadas junto con la quimioterapia y el mismo día.
- Hemodiálisis.
- Extremidades artificiales básicas, ojos artificiales y prótesis de laringe y pecho. Reemplazo sólo si es necesario por un cambio físico en la persona cubierta y si no es posible modificar el artículo.
- Angiograma, arteriograma, tomografía axial computarizada (TAC), ecocardiografía (transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes), electroencefalograma (EEG), resonancia magnética (RM), mielograma, tomografía por emisión de positrones (TEP) y prueba de esfuerzo con talio.
- Medicamentos con receta 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 surtido o resurtido de receta. No se pagará ningún beneficio por los cargos incurridos que superen las limitaciones predeterminadas de medicamentos administrados asignadas a medicamentos o una clasificación de medicamentos determinados.
- Los gastos dentales sólo cuando una persona cubierta sufre una lesión, después de la fecha de vigencia de la cobertura, que provoca daños en sus dientes naturales y los gastos que se producen dentro de los seis meses siguientes al accidente o como parte de un plan de tratamiento que fue recetado por un médico y comenzó 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

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

### Pruebas Ambulatorias Previas a una Admisión y una Cirugía (Radiografías y Laboratorio)

Gastos por pruebas de diagnóstico realizadas antes de la estadía autorizada en un hospital, un procedimiento quirúrgico como paciente ambulatorio o un tratamiento contra el cáncer cuando:

- A. Los gastos de las pruebas habrían estado cubiertos si la persona cubierta fuera paciente hospitalizado; y
- B. Las pruebas no se repiten en el hospital ni en ningún otro lugar.

Se limitan a un máximo de gastos cubiertos de \$500 por persona y por plazo.

### Cirugía Reconstructiva

- Cirugía reconstructiva incidental o posterior a una cirugía o una lesión que estaba cubierta por la póliza o 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 o el certificado 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.

### Gastos de Cirugía

Se limitan a los siguientes conceptos para una persona cubierta para cirugía:

- Honorarios profesionales de cirujano.
- Los honorarios del cirujano asistente se limitan al 16% de los gastos admitidos del procedimiento.
- Uso como paciente ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación para cirugía.

- Costo y administración de un anestésico.
- Cargos cobrados por un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o una unidad de un hospital, identificable por separado, para pacientes ambulatorios por servicios y suministros relacionados con una cirugía como paciente ambulatorio.
- Servicios de laboratorio postoperatorios necesarios para la cirugía.
- Tratamiento quirúrgico de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.

**Los gastos de cirugía cubiertos no incluyen la extracción de dientes ni los gastos de la cirugía realizada en un consultorio médico o en cualquier otro centro que no sea un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o una unidad de un hospital, identificable por separado, para pacientes ambulatorios por servicios y suministros relacionados con una cirugía como paciente ambulatorio.**

### 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 la póliza o 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 o el certificado, 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 o el certificado, 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”.

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

### 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

\$75 de copago por visita al consultorio para servicios, incluidos servicios profesionales, recibidos en un centro de cuidado de urgencia, con un límite de 2 visitas por persona y por plazo. Las visitas adicionales de cuidado de urgencia estarán sujetas al deducible y al porcentaje de coseguro que corresponda.

### Beneficios Adicionales

- Los servicios de salud preventiva para niños para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad están sujetos a deducibles y el 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.
- 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 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 o el certificado 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 o el certificado 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.**

Es posible que algunos estados requieran que usted tenga una Cobertura mínima esencial a fin de evitar una multa. Los beneficios del seguro a corto plazo y de duración limitada de esta cobertura no cumplen todos los requisitos federales para calificar como "Cobertura mínima esencial" del seguro de salud según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA"). Este plan de cobertura no incluye todos los beneficios de salud esenciales que exige la ACA. 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 por vida o por año. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar a un período de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro de salud. Puede obtener un seguro a un plazo más largo que califique como "Cobertura mínima esencial" de seguro de salud según la ACA.

## 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.

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

- **Condiciones preexistentes** — Una 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 de la póliza o 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 de la póliza o del certificado; o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura también se considerará una condición preexistente.

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 la póliza o 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 la póliza o 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.
- 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 si el feto llegara a término).
- Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) o trastornos craneomandibulares.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en la póliza o 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 médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Gastos de cuidado dental, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en la póliza o el certificado.
- Tratamientos estéticos.
- Diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas disciplinarios.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- 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 de la póliza o el certificado.
- 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 de la póliza o 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

### 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 recluso por rehabilitación, excepto por proporcionarlo dispuesto en la póliza o el certificado.
- Lesiones por participación en deportes profesionales o semiprofesionales o actividades atléticas con fines de lucro, según lo determinado por Golden Rule Insurance Company.
- 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, terapia del habla para pacientes ambulatorios o terapia ocupacional, excepto por lo dispuesto en la póliza o el certificado.
- Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular, terapia visual, o cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos.
- Gastos debidos al embarazo (salvo por 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.
- 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 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 la póliza o el certificado.
- Gastos que se deban a una lesión o enfermedad causada por los efectos del alcohol, según la definición de la ley del estado donde ocurrió la enfermedad o la lesión, o de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico.
- Gastos de paternidad subrogada o relacionados.
- Gastos de tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva) o relacionados.
- Tratamientos alternativos, excepto que estén cubiertos de manera específica en la póliza o 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.
- Reemplazo de articulaciones, a menos que tenga relación con una lesión cubierta por la póliza o el certificado.
- Diagnóstico y tratamiento como paciente ambulatorio de un trastorno de la columna vertebral o la espalda.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de abuso de sustancias, incluido el tratamiento del abuso de sustancias por orden judicial.
- Asistencia médica a domicilio, salvo lo previsto expresamente en la póliza o 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

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

- Medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, excepto por lo dispuesto de forma específica en la póliza o el certificado.
- Servicios o suministros recibidos como paciente ambulatorio, salvo lo previsto expresamente en la póliza o el certificado.
- 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 o el certificado. Esta exclusión no se aplicará si el tratamiento se proporciona con carácter de urgencia.

## Beneficio Suplementario Opcional de Accidentes de los Planes de TriTerm Medical

Formularios SA-S-1899RG-GRI y diferencias entre estados

Reduzca o elimine su exposición a los gastos de bolsillo causada por lesiones sufridas en accidentes por una prima adicional. 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 (\$5,000, \$7,500, \$10,000, \$12,500, o \$15,000) es por accidente y por persona cubierta.

## Tarifa de Solicitud

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

## Coordinación de Beneficios (incluido Medicare)

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

Su póliza o certificado de TriTerm Medical no es renovable y se emite por un periodo determinado. 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 póliza o certificado, a menos que la póliza o certificado termine antes por cualquier razón indicada en la sección de 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 persona 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-HSM-01 y GRI-STAG-EXT1B-P-C-HSM-01

No hay diferencias para este estado.

**Arkansas** Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-HSM y GRI-STAG-EXT1B-P-C-HSM

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-HSM-02 y GRI-STAG-EXT1B-P-C-HSM-02

No hay diferencias para este estado.

**Florida** Formularios de Certificado GRI-STAG-EXT1D-P-C-HSM y GRI-STAG-EXT1B-P-C-HSM

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

- Los gastos cubiertos se amplían y ahora incluyen los siguientes:

- La anestesia general y los servicios prestados en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios para tratamientos dentales necesarios para una persona cubierta que:
  1. Sea un niño con derecho a cobertura que: tenga menos de 8 años de edad; y si un dentista autorizado y el médico del niño determinan que requiere cuidado dental necesario debido a una condición dental muy compleja o

una discapacidad del desarrollo cuyo tratamiento en un consultorio dental resulta ineficaz; o

2. Tiene una o más condiciones médicas que crearían un riesgo significativo o indebido para la persona cubierta si el cuidado dental necesario se proporcionara en un lugar que no sea un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.

- La cobertura de una mastectomía incluye: cobertura de hospital médicamente necesaria para pacientes hospitalizados; cuidado de seguimiento postquirúrgico médicamente necesario para pacientes hospitalizados; y cobertura médicamente necesaria de la prótesis y cirugía reconstructiva de la mama.
- Servicios de supervisión de la salud infantil, exentos de cualquier disposición de deducible en la póliza o el certificado, si dichos servicios: se prestan durante intervalos periódicos que corresponden a las recomendaciones de cuidado pediátrico preventiva de la American Academy of Pediatrics; y se limitan a los servicios de un proveedor para todos los servicios prestados en cada visita.
- Servicios y tratamientos recetados por el médico tratante como médicamente necesarios para el tratamiento del labio leporino o del paladar hendido de un niño menor de 18 años con cobertura. Estos gastos cubiertos no quedarán excluidos por el simple hecho de que el niño no sea una persona cubierta desde que nace.
- Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de la osteoporosis para personas de alto riesgo, según la definición en la póliza o el certificado.
- Procedimientos diagnósticos o quirúrgicos que involucren huesos o articulaciones de la mandíbula y la región facial si, según las normas médicas aceptadas, el procedimiento o la cirugía son médicamente necesarios para tratar condiciones causadas por una deformidad congénita o de desarrollo, una enfermedad o una lesión.
- El cuidado de seguimiento de rutina para determinar si un cáncer de mama ha reaparecido en una persona en la que antes se determinó que no tiene cáncer de mama no constituye asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico para determinar las condiciones preexistentes, a menos que se encuentren pruebas de cáncer de mama durante el cuidado de seguimiento o como resultado de este.

# Diferencias entre Estados

## (planes de seguro)

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

### Florida, continuación

- Los gastos cubiertos se amplían y ahora incluyen los siguientes:
  - Los servicios de mamografía se limitan a:
    1. Una o más mamografías al año para cualquier mujer cubierta con riesgo de padecer cáncer de mama, según la recomendación de su médico;
    2. Una mamografía de referencia para una mujer cubierta de 35 a 39 años, incluso si no está en riesgo de padecer cáncer de mama;
    3. Una mamografía para una mujer cubierta de 40 a 49 años, incluso si no está en riesgo de padecer cáncer de mama: cada dos años, o con mayor frecuencia según la recomendación del médico de la persona cubierta; o con una frecuencia mayor a cada dos años si la mujer cubierta se hace una mamografía en un consultorio, centro o servicio de pruebas de salud que utilice equipos radiológicos registrados en el Departamento de Salud y Servicios de Rehabilitación para la detección del cáncer de mama; y
    4. Una mamografía cada año para una mujer cubierta de 50 años o más que no esté en riesgo de padecer cáncer de mama;
  - Pruebas de audición para recién nacidos realizadas por un audiólogo autorizado para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad, de acuerdo con las leyes de Florida. Las pruebas de audición para recién nacidos estarán exentas de cualquier disposición de deducible en la póliza o el certificado.

# 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](http://www.uhone.com), [www.myuhone.com](http://www.myuhone.com), [www.uhone4me.com](http://www.uhone4me.com), [www.myallsavers.com](http://www.myallsavers.com) o [www.myallsaversconnect.com](http://www.myallsaversconnect.com). Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Quiénes somos

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

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación “A” (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](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 12/18/20. Para ver nuestra última calificación, ingrese a [www.ambest.com](http://www.ambest.com).

