

Gracias por su interés en este producto

La misión de Golden Rule Insurance Company, como compañía de UnitedHealthcare, es ayudar a las personas a llevar una vida más saludable.

Estamos disponibles para responder sus preguntas y ayudarle sin ninguna obligación de comprar. **Si necesita ayuda para comprender este producto, llame a Golden Rule Insurance Company, visite uhone.com o comuníquese con su agente de seguros de salud.**

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

IMPORTANTE: Este es un póliza de indemnización fija, NO es un seguro de salud

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un valor monetario limitado si usted está enfermo u hospitalizado. Usted aún es responsable de pagar el costo de su cuidado.

- El pago que obtiene no se basa en el tamaño de su factura por servicios médicos.
- Puede haber un límite a lo que paga esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro de salud integral.
- Como esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de protecciones federales al consumidor que aplican al seguro de salud.

¿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 del sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) (naic.org) en “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su empleo, o el de un familiar, comuníquese con el empleador.



Health ProtectorGuard | AK, AL, AR, AZ, CO, DE, FL, GA, HI, IA, IL, IN, KY, LA, MD, ME, MI, MN, MO, MS, NC, NE, NV, OH, OK, PA, RI, SC, TN, TX, UT, VA, WI, WV y WY



Health ProtectorGuard

Seguro de salud con beneficios fijos

ESTE PRODUCTO OFRECE BENEFICIOS LIMITADOS

Este producto de indemnización fija proporciona beneficios por un monto establecido, independientemente de los gastos reales efectuados. Golden Rule Insurance Company es el asegurador de estos planes de seguro.

Formulario de póliza HPG3-GRI y otras variaciones estatales

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

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



UnitedHealthcare
Golden Rule Insurance Co.

Índice

¿Qué es el seguro de indemnización fija?	4
Descuentos de la red	5
Cómo elaborar un plan	6
Detalles de los beneficios del plan básico hospitalario	7
Detalles de los beneficios del nivel de bienestar, visitas al médico y medicamentos con receta	8
Detalles de los beneficios quirúrgicos	9
Más formas de ahorrar	10
Asistencia para miembros	11
Exclusiones o limitaciones	12
Disposiciones del plan	13
Variaciones estatales	15
Privacidad y otros avisos	21

¿Por qué debería elegirnos?



Solidez y experiencia

UnitedHealthcare ofrece acceso a la atención médica a más de 27 millones de estadounidenses.¹ Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es el asegurador y administrador de los planes presentados en este folleto. Desde hace más de 80 años atendemos las necesidades específicas de personas y familias que compran su propia cobertura.



Altamente calificada

Golden Rule Insurance Company tiene calificación "A+" (superior) de AM Best.² Esta organización mundial independiente evalúa a las compañías de seguros y otras empresas, y publica su opinión sobre ellas. Esta calificación es un indicio de nuestra solidez y estabilidad financieras.



Su satisfacción es nuestro objetivo

Entendemos la importancia de su tiempo y nos preocupamos por el valor del dinero destinado al cuidado de su salud. Nuestro objetivo para cada cliente es un plan de seguro a un precio que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

¹ Formulario 10-K anual de UnitedHealth Group para el año finalizado el 31/12/23. ² Desde el 14/12/23. Para conocer la calificación más reciente, visite [ambest.com](https://www.ambest.com).

Este es solo un resumen y no debe ser considerado una interpretación legal de los beneficios. Se realizó un esfuerzo importante para que esta descripción represente la intención del lenguaje de contratos. Sin embargo, el lenguaje de contratos es un lenguaje en sí mismo y los términos completos de la cobertura estarán determinados por la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas según el estado.

¿Qué es el seguro de indemnización fija?

Health ProtectorGuard (HPG)

Cobertura diseñada para complementar su cobertura de salud con montos de beneficios en efectivo claros para los servicios de salud y bienestar cotidianos y excepcionales. Diseñada para ayudar a aliviar los gastos de su bolsillo que podría experimentar al recibir atención médica.



¿Qué es el seguro de indemnización de salud de beneficio fijo?

“Indemnización” es el término de seguro que refiere a un plan que le paga a usted o a su proveedor un monto específico (o un “beneficio fijo”) por los servicios médicos que recibe y que están cubiertos por el plan.



¿Por qué es una buena idea tener un seguro de indemnización fija?

Un plan de indemnización fija está diseñado para ofrecer un alivio complementario de los gastos de su bolsillo que pueda tener en relación con los servicios médicos cubiertos. El beneficio paga un monto fijo, independientemente del costo real facturado u otra cobertura de seguro que pueda tener. Esto podría significar que algunos beneficios paguen más que el costo del servicio o, en el caso de otros servicios, puede cubrir solo una parte del costo, pero el monto que le quedará por pagar al proveedor será menor.



¿Cómo funciona un plan de seguro de indemnización fija?

Con este tipo de plan, **no hay deducible, coseguro ni copagos**. Cuando recibe un servicio médico cubierto, este plan pagará el monto del beneficio (que se muestra en las siguientes páginas) a su proveedor dentro de la red o a usted. Este pago, junto con los descuentos en los servicios que recibe al utilizar un proveedor dentro de la red, ayuda a reducir sus gastos de bolsillo en general.

Nuestro producto HPG ofrece beneficios más amplios que muchos otros planes de indemnización fija disponibles.

Los planes HPG disponibles en este folleto tienen lo siguiente:

- Servicios de bienestar*, visitas al consultorio médico, visitas de atención de urgencia y beneficios de medicamentos con receta.
- Beneficios por estadías en el hospital, servicios quirúrgicos, visitas a la sala de emergencias, y servicios de diagnóstico y laboratorio para pacientes ambulatorios.
- Visitas de salud virtuales ilimitadas y sin costo (a través de HealthiestYou de Teladoc® Health) para problemas médicos generales que no revistan carácter de urgentes.
- Flexibilidad para utilizar cualquier médico, pero descuentos por utilizar proveedores de la red UnitedHealthcare Choice Plus.
- Aumento de los beneficios en efectivo por servicios calificados al permanecer en el plan más de un año.

También es bueno saber lo siguiente:

- Disponible para emisión para personas entre 18 y 64 años en la mayoría de los estados.
- Renovable hasta los 65 años, sujeto a las disposiciones de la póliza, cuando se pagan primas.
- Máximo de 2 000 000 USD por año calendario, por persona cubierta.
- Beneficio máximo de por vida de 5 000 000 USD, por persona cubierta.
- Aumento de los montos de los beneficios si mantiene el plan durante al menos 2 años (**ver página 11 para obtener información detallada**).

*En la mayoría de los estados, se aplica un período de espera de 30 días.

Obtenga acceso a atención de calidad y ahorros en todo el país

Puede utilizar cualquier proveedor que elija para servicios médicos, pero aprovechará al máximo sus beneficios de HPG si utiliza la red UnitedHealthcare Choice Plus.¹

Excelentes razones para utilizar un proveedor de la red UnitedHealthcare Choice Plus:

- Recibirá atención a tarifas más bajas negociadas previamente.
- Los proveedores de la red presentarán los reclamos en representación suya.
- Con una gran red nacional, es posible que haya un proveedor dentro de la red cerca de usted.



**Más de
1,8MILLONES**
de proveedores²



**Más de
7000**
hospitales²



58 %
de ahorro promedio
en descuentos³

Ejemplos de ahorro

Eche un vistazo a estos ejemplos de reclamos, los ahorros de la red y cómo funcionan con el plan.

Tratamiento (servicios reclamados)	Costo real del tratamiento	Costo del tratamiento después del descuento de Choice Plus Network	Plan de beneficios (plan HPG Preferred con nivel de beneficios 2)	Responsabilidad total del miembro por el servicio
Visita al consultorio (1 visita)	175 USD	72 USD	100 USD	0 USD (28 USD pagados al miembro)
Prueba de laboratorio preventiva y de diagnóstico (1 prueba)	42 USD	16 USD	50 USD	0 USD (34 USD pagados al miembro)
Sala de emergencias (1 visita)	5770 USD	2400 USD	500 USD	1900 USD
Admisión al hospital y habitación/comida (6 noches, estadía estándar)	15 600 USD	6425 USD	21 000 USD	0 USD (14 575 USD pagados al miembro)

Estos son ejemplos basados en reclamos reales utilizando proveedores de la red. Los montos se redondearon para simplificarlos. El costo real del tratamiento y los descuentos de la red varían según el área. Los beneficios varían según el plan (se pueden aplicar variaciones según el estado). Estos ejemplos son solo para ilustrar cómo funciona el plan.

Más información sobre cómo presentar un reclamo

Cuando presenta su tarjeta de identificación del plan a su proveedor dentro de la red, este presenta el reclamo ante nosotros y nosotros le enviamos el pago del beneficio. El proveedor aplicará el pago al monto que usted adeuda por el servicio prestado. Esto, además del descuento en la red, ayuda a reducir su factura final y disminuye los gastos totales de su bolsillo. Si el pago del beneficio aprobado es mayor que el costo de la cobertura, incluso después del descuento, le enviaremos un cheque por correo por la diferencia.

¹ Si tiene un plan médico superior, es posible que necesite permanecer dentro de determinadas redes o proveedores para obtener la mayor cobertura de ese plan. ² Formulario 10-K anual de UnitedHealth Group para el año finalizado el 31/12/23. ³ Basado en datos económicos y de precios de atención médica de E&I de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio entre servicios combinados para pacientes ambulatorios y hospitalizados. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.

Empiece aquí: elabore un plan adecuado para usted

Los planes HPG tienen 2 partes que, juntas, conforman todos los beneficios de su plan: (1) un plan básico de beneficios hospitalarios y (2) un nivel de beneficios de “bienestar, visitas al consultorio y medicamentos con receta”. Hay diferentes montos de beneficios con cada plan y nivel. Usted elige de cada oferta la opción que mejor se adapte a sus necesidades. En suma, este es su plan, diseñado por usted, para usted.



Paso 1: elija un plan básico de beneficios hospitalarios

En la página siguiente (**página 7**), encontrará 4 planes que varían en montos de beneficios. Este es el comienzo de la elaboración de su plan.

Cada uno de estos planes cubre estadías en el hospital, incluidos traslados en ambulancia y unidad de cuidados intensivos, procedimientos quirúrgicos y consultas ambulatorias/pruebas de laboratorio.

A continuación, se indican, desde el beneficio más bajo hasta el más alto, las opciones del plan básico:

- Choice
- Select
- Preferred
- Premier

La diferencia en cada plan es el monto fijo del beneficio que pagamos por el servicio y, para algunos beneficios, cuántas veces o días se pagará el beneficio en un año calendario.



Paso 2: elija un nivel de bienestar, visitas al consultorio y medicamentos con receta

En la **página 8**, encontrará 3 niveles de bienestar, visitas al consultorio y cobertura de medicamentos con receta, también conocido como “WORx”, por sus siglas en inglés. Esta parte se agrega al plan básico hospitalario que elija.

Cada nivel cubre ciertos procedimientos de bienestar, visitas al consultorio médico por enfermedad y visitas a especialistas, incluida la atención de urgencia, y beneficios de medicamentos con receta de marca y genéricos.

A continuación, se indican, desde el beneficio más bajo hasta el más alto, las opciones de niveles:

- Nivel 1
- Nivel 2
- Nivel 3

La diferencia en cada nivel es el beneficio fijo que pagamos por los servicios cubiertos y la cantidad de veces que se paga el beneficio. Es importante tener en cuenta que hay algunos beneficios de bienestar que solo están cubiertos en los niveles superiores y todos los beneficios de bienestar tienen un período de espera de 30 días en la mayoría de los estados antes de que paguemos los beneficios.

Planes Health ProtectorGuard					
Beneficio más alto	Nivel 3	HPG Choice 3	HPG Select 3	HPG Preferred 3	HPG Premier 3
	Nivel 2	HPG Choice 2	HPG Select 2	HPG Preferred 2	HPG Premier 2
	Nivel 1	HPG Choice 1	HPG Select 1	HPG Preferred 1	HPG Premier 1



Nivel de beneficios hospitalarios más alto

Detalles de los beneficios del plan básico hospitalario

Paso 1: elija un plan básico de beneficios hospitalarios como base de su cobertura de HPG.

Todos los beneficios, incluidos los máximos, son por persona, por año calendario.		Choice	Select	Preferred	Premier
Servicios médicos críticos					
Hospitalización por lesión o enfermedad¹ (días ilimitados)	Año 1, pagamos: Año 2, pagamos: ²	1000 USD por día 2000 USD por día	2000 USD por día 4000 USD por día	3000 USD por día 6000 USD por día	5000 USD por día 10 000 USD por día
Unidad de cuidados intensivos (ICU) o unidad de cuidados críticos (CCU)³	Pagamos:	1000 USD por día (31 días)	2000 USD por día (31 días)	3000 USD por día (31 días)	5000 USD por día (31 días)
Beneficio de admisión al hospital: primer día de hospitalización¹	Pagamos:	1000 USD (1 día)	2000 USD por día (1 día)	3000 USD por día (1 día)	3000 USD por día (1 día)
Sala de emergencias	Pagamos:	400 USD por día (1 día)	500 USD por día (1 día)	500 USD por día (1 día)	1000 USD por día (1 día)
Ambulancia (máximo de traslados combinados de cualquier tipo)		2 viajes	2 viajes	2 viajes	2 viajes
Ambulancia terrestre/acuática	Pagamos:	500 USD por viaje	500 USD por viaje	1000 USD por viaje	1000 USD por viaje
Ambulancia aérea	Pagamos:	5000 USD por viaje	5000 USD por viaje	5000 USD por viaje	5000 USD por viaje
Beneficios quirúrgicos (representan un rango de 7 niveles quirúrgicos; consulte la página 8 para obtener más detalles)					
Procedimiento quirúrgico (días ilimitados)	Pagamos:	250 USD– 25 000 USD	500 USD– 50 000 USD	500 USD– 50 000 USD	500 USD– 50 000 USD
Centro para pacientes ambulatorios	Pagamos:	1000 USD por día (2 días)	1000 USD por día (2 días)	2000 USD por día (3 días)	2500 USD por día (3 días)
Consultas ambulatorias/pruebas de laboratorio (máximo combinado de cualquier tipo)		4 pruebas	4 pruebas	5 pruebas	5 pruebas
Pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Pagamos:	30 USD por prueba	50 USD por prueba	50 USD por prueba	75 USD por prueba
Radiografías y otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios [ecografía, electrocardiograma (EKG), electroencefalograma (EEG), angiograma, arteriograma, prueba de esfuerzo con talio y mielograma]	Pagamos:	30 USD por prueba	50 USD por prueba	75 USD por prueba	100 USD por prueba
Diagnóstico y diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios de nivel 2 [beneficio de imágenes por resonancia magnética (MRI)/tomografía por emisión de positrones (PET)/tomografía axial computarizada (CAT) por prueba]	Pagamos:	250 USD por prueba	300 USD por prueba	400 USD por prueba	500 USD por prueba
Quimioterapia para pacientes ambulatorios					
Quimioterapia oral	Pagamos:	1000 USD por mes (3 meses)	1000 USD por mes (3 meses)	1000 USD por mes (3 meses)	1000 USD por mes (3 meses)
Quimioterapia para pacientes ambulatorios, radiación e inmunoterapia no oral	Pagamos:	1000 USD por día (20 días)	1000 USD por día (40 días)	2000 USD por día (40 días)	2000 USD por día (40 días)

La disponibilidad, los montos, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte Variaciones estatales. Los beneficios están sujetos a Enfermedades preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada. ¹ Incluye estadías en unidad de observación de 24 horas o más. ² Este aumento de beneficios no se aplica a la internación hospitalaria por enfermedad. Los beneficios por lesiones aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero después de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento ocurre solo una vez. ³ Los montos de los beneficios de unidad de cuidados intensivos (UCI)/unidad de cuidados críticos (CCU) se suman a los beneficios de hospitalización.

Detalles de los beneficios del nivel de bienestar, visitas al médico y medicamentos con receta

Paso 2: elija un nivel de bienestar, visitas al consultorio y medicamentos con receta, también conocido como “WORx”, para finalizar la elaboración de su plan.

Todos los máximos de beneficios son por persona, por año calendario.		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Bienestar (después de un período de espera de 30 días en la mayoría de los estados)				
Examen físico	Pagamos:	80 USD por examen (1 examen)	100 USD por examen (1 examen)	125 USD por examen (1 examen)
Pruebas de laboratorio preventivas y de diagnóstico	Pagamos:	25 USD por prueba (2 pruebas)	50 USD por prueba (2 pruebas)	100 USD por prueba (2 pruebas)
Radiografía preventiva	Pagamos:	No cubierto	50 USD por prueba (1 prueba)	100 USD por prueba (1 prueba)
Mamografía (mujeres mayores de 30 años)	Año 1, pagamos:	100 USD por examen (máximo 1)	150 USD por examen (máximo 1)	150 USD por examen (máximo 1)
	Año 2, pagamos ¹ :	150 USD por examen (máximo 1)	225 USD por examen (máximo 1)	225 USD por examen (máximo 1)
Prueba de Papanicolaou (mujeres mayores de 18 años) o prueba de antígeno prostático específico (PSA) (hombres mayores de 40 años)	Año 1, pagamos:	100 USD por examen (máximo 1)	100 USD por examen (máximo 1)	100 USD por examen (máximo 1)
	Año 2, pagamos ¹ :	150 USD por examen (máximo 1)	150 USD por examen (máximo 1)	150 USD por examen (máximo 1)
Electrocardiograma (EKG) (mayores de 40 años)	Pagamos:	No cubierto	No cubierto	100 USD por prueba (1 prueba)
Electrocardiograma (EKG) de esfuerzo (mayores de 40 años)	Pagamos:	No cubierto	No cubierto	125 USD por prueba (1 prueba)
Colonoscopia preventiva (mayores de 50 años) o cualquier edad si está relacionada con una enfermedad	Pagamos:	300 USD por examen (1 examen)	300 USD por examen (1 examen)	500 USD por examen (1 examen)
Visitas al consultorio (máximo de visitas al consultorio, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	4 visitas 6 visitas	5 visitas 7 visitas	6 visitas 8 visitas
Visitas al consultorio médico	Pagamos:	80 USD por visita	100 USD por visita	125 USD por visita
Visitas al consultorio de un especialista/Visitas de atención de urgencia	Pagamos:	100 USD por visita	125 USD por visita	150 USD por visita
Visitas al consultorio con cirugía en el consultorio, en lugar de visitas al médico/especialista/de atención de urgencia	Pagamos:	200 USD por visita	225 USD por visita	250 USD por visita
Visitas terapéuticas				
Visitas al quiropráctico/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/terapeuta del habla	Pagamos:	No cubierto	35 USD por visita (10 visitas)	45 USD por visita (10 visitas)
Medicamentos con receta (máximo de surtidos, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	12 surtidos 17 surtidos	15 surtidos 20 surtidos	20 surtidos 25 surtidos
Medicamentos con receta de marca	Pagamos:	40 USD por surtido	60 USD por surtido	60 USD por surtido
Medicamentos con receta genéricos	Pagamos:	10 USD por surtido	10 USD por surtido	20 USD por surtido

La disponibilidad, los montos, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte Variaciones estatales. Los beneficios están sujetos a Enfermedades preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada. ¹ Los beneficios aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero después de 12 meses consecutivos de cobertura.

La póliza no contiene beneficios integrales de bienestar para adultos según lo define la ley de Wyoming.

Cómo se determinan los niveles quirúrgicos

Cada plan tiene un programa quirúrgico de 7 niveles basado en la unidad de valor relativo¹ del procedimiento que se está realizando. El monto del nivel respectivo se pagará cada día que una persona cubierta requiera cirugía ambulatoria u hospitalaria según las indicaciones de un médico. Si la cirugía corresponde a varios niveles, pagaremos el monto mayor y si se realizan varias cirugías en un solo día, pagaremos un monto por el procedimiento de mayor nivel. Estos beneficios están determinados por el plan básico hospitalario que usted eligió en el paso 1.

		Choice	Select	Preferred	Premier
Beneficios quirúrgicos Los ejemplos de niveles de cirugía son solo para fines ilustrativos.					
Nivel 1 Las cirugías de trasplantes por insuficiencia de órganos y tejidos principales se pagan una vez por cada uno de los siguientes tipos de órganos principales durante la vida de la persona cubierta: hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas, médula ósea, células madre o intestino delgado.	Pagamos:	25 000 USD	50 000 USD	50 000 USD	50 000 USD
Nivel 2 Cirugías como cirugía de vasos intracraneales o extracción del esófago.	Pagamos:	10 000 USD	20 000 USD	20 000 USD	20 000 USD
Nivel 3 Cirugías como endoscopia, extracción parcial del páncreas o reemplazo de la válvula mitral.	Pagamos:	5000 USD	10 000 USD	10 000 USD	10 000 USD
Nivel 4 Cirugías como fusión de la columna lumbar, colectomía o reparación de la válvula mitral.	Pagamos:	2500 USD	5000 USD	5000 USD	5000 USD
Nivel 5 Cirugías como artroplastia total de rodilla/cadera o cirugía de disco de la zona lumbar.	Pagamos:	1250 USD	2500 USD	2500 USD	2500 USD
Nivel 6 Cirugías como apendicectomía, reconstrucción de rodilla/hombro o cirugía del túnel carpiano.	Pagamos:	500 USD	1000 USD	1000 USD	1000 USD
Nivel 7 Cirugías como extracción de las amígdalas y adenoides, biopsia de mama o creación de abertura timpánica (tubos del oído).	Pagamos:	250 USD	500 USD	500 USD	500 USD
Cirujano asistente (se paga por día, cuando una cirugía cubierta lo requiera)	Pagamos:	20 % de beneficios quirúrgicos	20 % de beneficios quirúrgicos	20 % de beneficios quirúrgicos	20 % de beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo (se paga por día)	Pagamos:	30 % de beneficios quirúrgicos	30 % de beneficios quirúrgicos	30 % de beneficios quirúrgicos	30 % de beneficios quirúrgicos

Los beneficios están sujetos a Enfermedades preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada. ¹La unidad de valor relativo (RVU) es el valor del servicio/procedimiento en relación con todos los demás servicios/procedimientos basados en el trabajo, los gastos de la práctica y los gastos por mala praxis. Estos son establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El mapeo de niveles específicos y el monto del reembolso están determinados por el código de Terminología de Procedimientos Actuales (CPT) de la cirugía.

Más formas de ayudarle a ahorrar dinero

Todos los planes incluyen acceso a visitas médicas virtuales ilimitadas sin costo a través de HealthiestYou¹ y descuentos en medicamentos con receta a través de Optum Perks.



Telesalud: HealthiestYou de Teladoc Health¹

¿No se siente bien pero no está seguro de querer consultar al médico? El beneficio de telesalud proporcionado a través de HealthiestYou de Teladoc® Health hace que sea fácil consultar a un médico sin salir de casa. Simplemente reúnanse con un médico por teléfono o video sin costo adicional para usted. Pueden diagnosticar y tratar enfermedades, y recetar medicamentos cuando sea necesario las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. **Visitas ilimitadas. Sin costo adicional.** Eso es acceso a atención médica de calidad sin complicaciones.

Nota: Por un cargo adicional, también hay a su disposición visitas a psiquiatras, psicólogos y dermatólogos.



Descuentos en medicamentos con receta con Optum Perks²

Hay una forma sencilla de ahorrar **entre un 30 y un 80 % en medicamentos con receta** con una tarjeta de descuento para medicamentos con receta de Optum Perks. Simplemente visite perks.optum.com/uho para imprimir su tarjeta o enviarla a su teléfono. Allí también puede comparar precios de medicamentos con receta en tiendas cerca de usted. Para utilizar sus ahorros, muestre su tarjeta de descuento de Optum Perks en la farmacia durante la compra. **Además, cuando presenta su tarjeta de descuento, si su plan tiene beneficios de medicamentos con receta pagaderos, esto activará el proceso de reclamos para que no tenga que hacer nada más para recibir el pago del beneficio de medicamentos con receta de su plan.**

Nota: La tarjeta de Optum Perks no es un seguro. Es un programa de descuento únicamente y está disponible para el público en general.



Red nacional de ahorro

Puede utilizar cualquier proveedor que elija para servicios médicos, pero aprovechará al máximo sus beneficios si utiliza la red UnitedHealthcare Choice Plus con un ahorro promedio del 58 %. Visite uhone.com y seleccione “Buscar un médico” (Find A Doctor) para buscar proveedores de la red en su estado.

Nota: Si tiene un plan médico superior, es posible que necesite permanecer dentro de determinadas redes y proveedores para obtener la mayor cobertura de ese plan.

¹ HealthiestYou de Teladoc Health y UnitedHealthcare no están afiliadas, y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Este programa específico no es un seguro; no se pagan beneficios por el uso de este servicio. ² Basado en el precio habitual de la farmacia. Los ahorros reales pueden variar. Los ahorros promedio se basan en los datos económicos y de precios de atención médica de E&I de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio entre servicios combinados para pacientes ambulatorios y hospitalizados. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.



UHC Member Hub

Administre su plan Health ProtectorGuard con UHC Member Hub



Conecte con su plan

Con UHC Member Hub, usted puede administrar su plan a su conveniencia, en cualquier momento del día o de la noche. Una vez registrado en este sitio web para miembros, podrá hacer lo siguiente:

- Acceder a los documentos de su plan.
- Ver y descargar su tarjeta de identificación.
- Realizar cambios en su información de contacto.
- Buscar médicos y hospitales de la red.
- Realizar pagos de primas.
- Enviar preguntas seguras, no urgentes, sobre su cobertura.

UHC Member Hub es una forma rápida y sencilla de obtener respuestas a muchas de sus preguntas y administrar su plan sin tener que hacer una llamada telefónica. Visite uhcmemberhub.com.

Exclusiones o limitaciones

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Se pueden aplicar diferencias específicas según el estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

LA PÓLIZA PUEDE LIMITAR O EXCLUIR BENEFICIOS POR CUALQUIER PÉRDIDA CAUSADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS, QUE RESULTE DE ELLOS O QUE SE RELACIONE CON ESTOS:

- Una pérdida que ocurra antes de la fecha de vigencia de la póliza, después de la cancelación de la póliza, durante cualquier momento que la cobertura no esté vigente o se haya efectuado durante un período de espera.
- Cualquier acto de guerra; daño corporal autoinfligido intencionalmente; o participación en un motín; o comisión o intento de cometer un delito grave.
- Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionadas.
- Una persona cubierta que se encuentre intoxicada según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- Tratamiento cosmético.
- Embarazo o parto (excepto por complicaciones del embarazo o según lo dispuesto por un estado).
- Hospitalización que comienza un viernes o sábado, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
- Hospitalización principalmente para recibir rehabilitación, cuidado de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto por la póliza).
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
- Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- Operar un taxi o cualquier otro medio de transporte de pasajeros a cambio de salario, compensación o beneficio).
- Cuidado de rutina de bienestar infantil de un recién nacido mientras está internado, excepto lo expresamente previsto por la póliza.
- Tratamiento de infertilidad.
- Cirugía de reasignación sexual.
- Lesiones sufridas al operar cualquier tipo de aeronave no comercial o viajar en ella o descender de esta. En la mayoría de los estados, esto solo está excluido si la persona cubierta es piloto, oficial o miembro de la tripulación de dicha aeronave, o si está dando o recibiendo cualquier tipo de entrenamiento o instrucciones, o tiene algún deber que requiera que esté a bordo de la aeronave.
- Servicios prestados por un familiar directo.
- Gastos/recargos impuestos por un proveedor (incluido un hospital), pero que en realidad es responsabilidad del proveedor pagarlos.
- Servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Cualquier pérdida sufrida mientras la persona cubierta esté encarcelada en cualquier prisión u otro centro de detención.
- Cualquier pérdida relacionada con el tratamiento de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Cualquier pérdida relacionada con un aborto (a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término).
- Cualquier pérdida por gastos odontológicos, excepto lo expresamente previsto en la póliza.
- Cualquier pérdida relacionada con cualquier examen médico o adaptación de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular o terapia visual.
- Cualquier servicio prestado fuera de los EE. UU., excepto el tratamiento de emergencia para una persona cubierta.
- Tratamiento(s) experimental(es) o de investigación.

Disposiciones del plan

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Se pueden aplicar diferencias específicas según el estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

ESTA NO ES UNA COBERTURA DE CUIDADO DE LA SALUD CALIFICADA (“COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA”) QUE CUMPLE EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO.

Requisitos de participación

Al momento de la solicitud, la persona asegurada primaria y su cónyuge (según lo definido por el estado) deben tener entre 18 y 64 años (se termina el día que cumplen 65 años) o según lo establecido por el estado. Los niños que cumplen los requisitos para ser incluidos deben tener entre 0 y 25 años (se termina el día que cumplen 26 años) o según lo establecido por el estado.

Declaración errónea de edad, género o consumo de tabaco

Si la edad, el género o el consumo de tabaco de la persona cubierta se ha indicado incorrectamente en la solicitud de la persona cubierta para la cobertura de la póliza, cualquier prima futura se ajustará y las primas pasadas serán reembolsadas o adeudadas a nosotros en función de la edad, el género o la condición de consumidor de tabaco correctos. Si se ha indicado incorrectamente la edad de una persona cubierta y, de lo contrario no hubiéramos emitido una cobertura para esa persona cubierta, reembolsaremos la prima pagada menos cualquier monto de beneficio pagado por nosotros y la cobertura quedará nula a partir de la fecha de vigencia.

Notificación de reclamo

Debemos recibir notificación del reclamo en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha en que comenzó la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible.

Prima

Las tarifas de las primas están garantizadas durante 12 meses y luego están sujetas a cambios. La edad, el género y la condición de consumidor de tabaco de una persona cubierta, así como el tipo y nivel de cobertura, son algunos factores que podrían utilizarse para determinar la tarifa de su prima. Se le avisará con al menos 31 días de anticipación (o más, si así lo dispone su estado) sobre cualquier cambio en su prima.

No realizaremos ningún cambio en su prima únicamente debido a reclamos realizados por una persona cubierta por la póliza o por un cambio en la salud de una persona cubierta.

Enfermedades preexistentes

No pagaremos beneficios en virtud de la póliza por una pérdida que se manifieste debido a una enfermedad preexistente, que resulte de ella, sea causada por ella o contribuya a ella. La limitación por enfermedad preexistente no se aplicará por más de 12 meses (o según lo requiera el estado) después de la fecha de vigencia correspondiente de la póliza de la persona cubierta.

“Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección:

- Para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- O bien, que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.

Renovabilidad y cancelación

La póliza es renovable hasta la primera de las siguientes fechas:

- El 65.º cumpleaños del asegurado primario (o la próxima fecha de vencimiento de la prima, según el estado) o su fallecimiento. Si la póliza incluye dependientes, se podrá continuar después del fallecimiento del asegurado primario o de su 65.º cumpleaños:
 - Por el cónyuge, si es una persona cubierta.
 - De lo contrario, por un niño que cumple los requisitos que sea una persona cubierta.
- Falta de pago de primas en su vencimiento.
- La fecha en que dejamos de ofrecer y nos negamos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario para todos los residentes del estado donde usted reside.

Disposiciones del plan (continuación)

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Se pueden aplicar diferencias específicas según el estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

- La fecha en que recibamos una solicitud suya para cancelar la póliza.
- La fecha en que se produce un fraude o una tergiversación material realizado por una persona cubierta o con su conocimiento.

Derecho de evaluación

Para nosotros es importante que usted esté satisfecho con la cobertura que le brindamos. Este producto tiene un período de derecho de evaluación, también conocido comúnmente como “prueba gratuita”. Después de presentar la solicitud y de que se emita su póliza, si considera que la cobertura no satisface sus necesidades de seguro, puede devolvernos la póliza en un plazo no mayor de 10 días (o según lo dispuesto por el estado) y solicitar el reembolso de la prima pagada. Consulte la póliza para obtener información detallada.

Aseguramiento

Los planes de seguro están sujetos al aseguramiento de la salud. Si proporciona información incorrecta o incompleta en su solicitud de seguro, su cobertura puede anularse o sus reclamos pueden rechazarse.

Períodos de espera

Hay un período de espera de 30 días antes de que se paguen los beneficios para el beneficio de bienestar/cuidado preventivo en la mayoría de los estados.

Variaciones estatales

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Alabama

Formulario de póliza HPG3-GRI-01

- La disposición sobre declaración errónea de sexo o consumo de tabaco no se aplica.

Alaska

Formulario de póliza HPG3-GRI-50

- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Arizona

Formulario de póliza HPG3-GRI-02

- La exclusión por servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta no se aplica.
- La exclusión por pérdida sufrida mientras la persona cubierta está encarcelada se limita al encarcelamiento en una prisión estatal o federal.

Arkansas

Formulario de póliza HPG3-GRI-03

- La exclusión por cualquier pérdida relacionada con el abuso de sustancias solo se aplica al trastorno por consumo de drogas o a los programas de tratamiento para el trastorno por consumo de drogas.

Colorado

Formulario de póliza HPG3-GRI-05

- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Colorado.
- La exclusión por lesiones corporales autoinfligidas solo se aplica si la persona cubierta está en su sano juicio.
- La exclusión como resultado de cualquier lesión sufrida por participar, enseñar, demostrar, guiar o acompañar a otros en carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo o medio de transporte motorizado, solo se aplica si la persona cubierta recibe un pago por participar o enseñar.
- La exclusión no se aplica a enfermedades preexistentes que manifiesten síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en asegurada en virtud de la póliza.

Delaware

Formulario de póliza HPG3-GRI

- La edad máxima de emisión es de 60 años.

Florida

Formulario de póliza HPG3-GRI-09

- Los hijos que cumplen los requisitos también pueden incluir a su hijo o al hijo de su cónyuge que sea menor de 31 años si no está casado y no está cubierto por ningún otro plan de beneficios de salud.
- La exclusión por hospitalización que comienza un viernes o sábado, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión, no se aplica.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Georgia

Formulario de póliza HPG3-GRI-10

- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Hawái

Formulario de póliza HPG3-GRI-51

- No hay variaciones estatales.

Illinois

Formulario de póliza HPG3-GRI-12

- Un hijo que cumple los requisitos también puede incluir a su hijo o al hijo de su cónyuge que sea menor de 30 años, que haya servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, haya sido liberado o dado de baja de manera no deshonrosa y haya presentado su DD-214 ante nosotros (GRIC) indicando la fecha en la que el dependiente fue liberado del servicio.
- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Illinois. Parte de una unión civil significa una persona que ha establecido una unión civil conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois.
- La exclusión por cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, enseña, guía o acompaña a otros en ciertas actividades (es decir, deportes semiprofesionales y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe un pago para participar o enseñar en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.) no se aplica.

Variaciones estatales (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Illinois (continuación)

- Las referencias a declaraciones erróneas o tergiversaciones se refieren a declaraciones erróneas o tergiversaciones “intencionales”.

Indiana

Formulario de póliza HPG3-GRI-13

- El período de derecho de evaluación es de 30 días.

Iowa

Formulario de póliza HPG3-GRI-14

- No hay variaciones estatales.

Kentucky

Formulario de póliza HPG3-GRI-16

- En la disposición de Notificación de reclamo, debemos recibir la notificación de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible.

Luisiana

Formulario de póliza HPG3-GRI-17

- El período de derecho de evaluación es de 30 días.
- La exclusión por una pérdida sufrida mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención no se aplica si la persona cubierta está detenida en un centro penitenciario y no ha sido juzgada o condenada por un delito penal.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Maine

Formulario de póliza HPG3-GRI-18

- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de hecho.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Maryland

Formulario de póliza HPG3-GRI-19

- La edad máxima de emisión es de 60 años.
- No hay período de espera para los servicios preventivos/de bienestar.
- Las siguientes exclusiones no se aplican:
 - La persona cubierta participa en un motín.

- La comisión o intento de comisión de un delito grave por parte de la persona cubierta, independientemente de que haya acusación o no.
 - Una pérdida incurrida como resultado de que la persona cubierta se encuentre intoxicada, según lo define la ley estatal correspondiente en el estado en el que ocurrió la pérdida, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico, o que esté tomando cualquier medicamento de venta sin receta de manera voluntaria, a menos que lo tome según la dosificación recomendada por el fabricante.
 - Servicios obtenidos durante el período de espera.
 - Cualquier pérdida relacionada con el tratamiento de trastornos mentales, abuso de sustancias o programas de tratamiento ordenados por el tribunal para abuso de sustancias.
 - La póliza no paga beneficios por ninguna pérdida causada por los gastos de una remisión no permitida, que resulte de estos o se relacione con estos, como lo exigen las leyes y las normas de Maryland.
 - No pagaremos beneficios en virtud de la póliza por una pérdida que se manifieste debido a una enfermedad preexistente o complicaciones resultantes de una enfermedad preexistente, o que resulte de estas, sea causada por estas o haya contribuido de otra manera a estas, a menos que ocurra lo siguiente:
 - La enfermedad preexistente de una persona cubierta nos fue divulgada en su totalidad en su solicitud de seguro bajo la póliza.
 - La cobertura de la enfermedad preexistente no ha sido excluida ni limitada por nombre o descripción específica en una cláusula adicional de exención firmada adjunta a la póliza.
 - Si una persona cubierta está hospitalizada en la fecha en que deja de estar asegurada bajo esta póliza, continuaremos pagando los beneficios por la hospitalización hasta que ocurra lo primero de lo siguiente:
 - La fecha en que la persona cubierta es dada de alta del hospital.
 - 12 meses después de la fecha en que la persona cubierta deja de estar asegurada bajo esta póliza.
- Sin embargo, no se proporcionan beneficios en virtud de esta disposición si esta póliza se cancela debido a lo siguiente:
- Una petición suya.
 - Fraude o tergiversación material de su parte.
 - Su falta de pago de las primas requeridas en la fecha de vencimiento.

Variaciones estatales (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Maryland (continuación)

- Se proporciona cobertura a una persona cubierta mediante un plan de beneficios de salud sucesivo que se proporciona a un costo para la persona cubierta que es menor o igual al costo de la persona cubierta del beneficio extendido proporcionado en virtud de esta disposición y no resulta en una interrupción de los beneficios.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Michigan

Formulario de póliza HPG3-GRI-21

- Las siguientes exclusiones no se aplican:
 - Por daño corporal autoinfligido intencionalmente.
 - Por participación en un motín.
 - Para una persona cubierta que se encuentre intoxicada según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- Existe una exclusión para cualquier enfermedad o lesión sufrida como resultado de la comisión o intento de comisión por parte de la persona cubierta de un delito menor o grave, ya sea que haya sido acusada o no, o cuya causa contribuyente haya sido la participación de la persona cubierta en una ocupación ilegal u otra actividad delictiva intencional.

Minnesota

Formulario de póliza HPG3-GRI-22

- No hay variaciones estatales.

Misisipi

Formulario de póliza HPG3-GRI-23

- La declaración errónea de edad, género o consumo de tabaco no se aplica.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Misuri

Formulario de póliza HPG3-GRI-24

- La exclusión por pérdida sufrida durante el encarcelamiento no corresponde.
- La limitación por enfermedad preexistente no se aplicará a un niño que cumple los requisitos colocado legalmente para adopción con usted o su cónyuge.

Nebraska

Formulario de póliza HPG3-GRI-26

- Las exclusiones por cualquier lesión sufrida por participar, enseñar, demostrar, guiar o acompañar a otros en carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo motorizado o no motorizado o medio de transporte se aplican únicamente a carreras o pruebas de velocidad organizadas.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.

Nevada

Formulario de póliza HPG3-GRI-27

- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de hecho.
- La exclusión no se aplica a una persona cubierta que se encuentre intoxicada según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección:
 - Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.
 - Que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Carolina del Norte

Formulario de póliza HPG3-GRI-32

- La exclusión por pérdida como resultado de cualquier acto de guerra declarada o no declarada no se aplica a los actos de terrorismo.
- La exclusión por tratamientos cosméticos no se aplica a los defectos y las anomalías congénitos.

Variaciones estatales (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Carolina del Norte (continuación)

- “Enfermedad preexistente” significa aquellas enfermedades para las cuales una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Ohio

Formulario de póliza HPG3-GRI-34

- La garantía de cambio de tarifa de 12 meses no se aplica.

Oklahoma

Formulario de póliza HPG3-GRI-35

- El período de derecho de evaluación es de 30 días.
- La exclusión por acto de guerra se aplica a lo siguiente: Cualquier acto de guerra declarada o no declarada mientras se presta servicio en el servicio militar o naval, o en cualquier unidad auxiliar de los Estados Unidos, que incluye, entre otros: 1. el servicio como miembro de un componente regular o de reserva del Ejército, la Fuerza Aérea, la Marina, la Guardia Costera o el Cuerpo de Marines de EE. UU.; 2. el servicio como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica; o 3. el servicio militar o naval en una organización militar auxiliar, que incluye, entre otros, la Guardia Costera Auxiliar, la Reserva Temporal de la Guardia Costera, la Guardia Costera Auxiliar Civil de la Policía Militar o la Patrulla Aérea Civil.
- La exclusión por intoxicación se sustituye por lo siguiente: una pérdida sufrida bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas a menos que hayan sido administradas o recetadas por un médico.
- La exclusión para la operación de taxi o transporte de pasajeros no se aplica.
- La exclusión por cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, enseña, guía o acompaña a otros en ciertas actividades (es decir, deportes semiprofesionales y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe un pago para participar o enseñar en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.) no se aplica.

Pensilvania

Formulario de póliza HPG3-GRI-37

- La exclusión por participación en un motín es específicamente por lesiones debidas a la participación en un motín.
- En la exclusión por una pérdida incurrida debido a que una persona cubierta se encuentra intoxicada o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas, no se aplica “la toma de medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada”.
- El tratamiento cosmético, incluida la hospitalización para dichos servicios, no está excluido cuando sea necesario debido a una pérdida causada por una enfermedad o lesión cubierta.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad o lesión para la cual la persona asegurada recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.

Rhode Island

Formulario de póliza HPG3-GRI-38

- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Rhode Island.

Carolina del Sur

Formulario de póliza HPG3-GRI-39

- El período de derecho de evaluación es de 30 días.
- La exclusión no se aplica a una pérdida incurrida como resultado de que la persona cubierta se encuentre intoxicada, según lo definido por la ley estatal correspondiente, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas, o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.

Tennessee

Formulario de póliza HPG3-GRI-41

- La exclusión por pérdida relacionada con la realización de un aborto no se aplica si la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término o si el feto no fuera viable.
- Las visitas de quiropraxia se reembolsan como visitas al consultorio del médico y no incluyen el beneficio separado para “visitas de quiropraxia” en “visitas adicionales al consultorio”.

Variaciones estatales (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Texas

Formulario de póliza HPG3-GRI-42

- Las siguientes exclusiones no se aplican:
 - Hospitalización durante el primer viernes o sábado de una estadía en el hospital que comience uno de esos días, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
 - Como resultado de cualquier lesión sufrida por participar, enseñar, demostrar, guiar o acompañar a otros en cualquiera de las siguientes actividades: deportes profesionales o semiprofesionales; deportes interuniversitarios (sin incluir deportes internos); salto en paracaídas; ala delta; caída libre; puentismo; paracaidismo; carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo o medio de transporte motorizado; carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo o medio de transporte no motorizado (si se le paga a la persona cubierta para participar o enseñar); buceo/submarinismo (cuando se bucea a 60 pies o más de profundidad); deportes de rodeo; equitación (si se le paga a la persona cubierta para participar o enseñar); escalada en roca o montaña (si se le paga a la persona cubierta para participar o enseñar); o esquí (si se le paga a la persona cubierta para participar o enseñar).
 - Servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta.
 - Cualquier servicio prestado fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios prestados para el tratamiento de emergencia de una persona cubierta.

Utah

Formulario de póliza HPG3-GRI-43

- No hay período de espera para los servicios preventivos/de bienestar.
- Las siguientes exclusiones por cualquier pérdida causada por cualquiera de los siguientes motivos, que resulte de ellos o que se relacione con estos no se aplican:
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
 - Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo,

carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).

- Servicios obtenidos durante el período de espera.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Virginia

Formulario de póliza HPG3-GRI-45

- Las disposiciones sobre declaración errónea de género y consumo de tabaco no se aplican. Si la edad se declara de forma incorrecta, los beneficios serán los que la prima pagada habría adquirido a la edad correcta.
- En lo que respecta a la exclusión por tratamiento cosmético, la cirugía estética no incluirá la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental o posterior a la cirugía resultante de trauma, infección u otras enfermedades de la parte involucrada y la cirugía reconstructiva por enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto que haya dado lugar a un defecto funcional.
- La exclusión por intoxicación se aplica a una pérdida efectuada como resultado de que la persona cubierta se encuentre intoxicada, según lo definido por la ley estatal correspondiente en el estado en el que ocurrió la pérdida: si la persona asegurada está borracha o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que lo tome por consejo de un médico.
- La exclusión por embarazo o parto no se aplica al embarazo posterior a un acto de violación cuando se denuncia a la policía en un plazo no mayor de 7 días desde que ocurrió; o hasta 180 días por un acto de violación o incesto de una mujer menor de 13 años de edad.
- La exclusión por una lesión sufrida mientras se encontraba en una aeronave no comercial se aplica solo si opera la aeronave.
- Los beneficios de las visitas al consultorio se limitan únicamente a las visitas al consultorio médico que no se relacionen solamente con tratamientos alternativos, incluidos la acupresión, la acupuntura, la aromaterapia, el hipnotismo, la terapia de masajes, el método Rolfing y otras formas de tratamiento alternativo según lo define la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
- Las siguientes exclusiones no se aplican:
 - Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionadas.

Variaciones estatales (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Virginia (continuación)

- Hospitalización durante el primer viernes o sábado de una estadía en el hospital que comience uno de esos días, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado el día posterior a la fecha de admisión.
- Cirugía de reasignación sexual.
- Tratamiento de infertilidad.
- Operar un taxi o cualquier otro medio de transporte de pasajeros a cambio de salario, compensación o beneficio).
- Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- Cualquier pérdida sufrida mientras la persona cubierta esté encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención.
- Tratamiento(s) experimental(es) o de investigación.

Virginia Occidental

Formulario de póliza HPG3-GRI-47

- No hay variaciones estatales.

Wisconsin

Formulario de póliza HPG3-GRI-48

- Se puede ver un resumen de la cobertura para este estado, HPG3-OC-GRI-48, en <https://stage.uhone.com/api/supplysystem/?Filename=47453-G202211.pdf>.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección tergiversada o no completamente divulgada en la solicitud de seguro:
 - Para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.

- Que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Wyoming

Formulario de póliza HPG3-GRI-49

- Las disposiciones sobre declaración errónea de género y consumo de tabaco no se aplican.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.
- En la disposición de Notificación de reclamo, debemos recibir la notificación de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible.

Nota para nuestros clientes sobre seguros complementarios

- El plan complementario analizado en este documento es independiente de cualquier seguro de salud o cobertura de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros.
- Este plan proporciona cobertura opcional por una prima adicional. Tiene como objetivo complementar su seguro de salud y brindar beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- Este plan no es necesario para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no debe utilizarse como sustituto de una cobertura de seguro de salud integral. No se considera cobertura esencial mínima según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Avisos de prácticas de privacidad del plan de salud

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información.

Vea el aviso aquí. Revíselo detenidamente.

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

Condiciones previas a la cobertura (se aplican con o sin el recibo condicional)

Sujeto a las limitaciones que se muestran a continuación, el seguro entrará en vigor si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La solicitud está completa en su totalidad, y es aceptada y aprobada incondicionalmente por Golden Rule Insurance Company.
2. La primera prima completa, según el modo de pago de prima elegido, se ha pagado en la fecha de vigencia o antes y cualquier cheque se acepta en la primera presentación para el pago.
3. La póliza es: (a) emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicitó en un plazo no mayor de 45 días a partir de la fecha de solicitud; (b) entregada a la persona asegurada propuesta; y (c) aceptada por la persona asegurada propuesta.

Después de haber completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se haya registrado correctamente. Guarde una copia electrónica de este documento. Contiene información importante.