



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 PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS

ESTE PRODUCTO ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO SUSTITUYE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA EXIGIDA POR LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA).

Este producto de Seguro de Indemnización Fija proporciona beneficios por una cantidad establecida, independientemente de los gastos reales efectuados. Golden Rule Insurance Company es el asegurador de estos planes de seguro.

Formulario de la Póliza HPG3-GRI y otras variaciones según el estado

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

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

**United
Healthcare**

**Golden Rule
Insurance Co.**

Índice

¿Qué es el seguro de indemnización fija?	3
Descuentos en la red	4
Cómo crear un plan	5
Detalles de los beneficios del plan básico hospitalario	6
Detalles sobre los beneficios por niveles de bienestar, visitas al médico y medicamentos recetados	7
Detalles sobre los beneficios quirúrgicos	8
Más formas de ahorrar	9
Apoyo a los miembros	10
Exclusiones o limitaciones	11
Disposiciones de los planes	12
Diferencias entre estados	13
Avisos de privacidad y otros avisos	20

¿Por qué nos eligen?



Fortaleza y experiencia

UnitedHealthcare proporciona acceso al cuidado de la salud a más de 27 millones de estadounidenses.¹ Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora y administradora de los planes que figuran en este folleto. Por más de 80 años, hemos atendido las necesidades específicas de las personas y las familias que compran su propia cobertura.



Alta calificación

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación “A+” (Superior) de A.M. Best.² 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.



Lograr su satisfacción es nuestro objetivo

Entendemos lo importante que es su tiempo y la preocupación por el valor de sus dólares destinados al cuidado de la salud. Nuestro objetivo para cada cliente es proporcionar un plan de seguro a un precio que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

¹ Formulario Anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/23. ² Desde el 12/14/23. Para ver nuestra última calificación, ingrese a [ambest.com](https://www.ambest.com).

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

¿Qué es el seguro de indemnización fija?

Health ProtectorGuard (HPG)

Se trata de una cobertura diseñada para complementar su cobertura de salud con una cantidad en efectivo de beneficio de forma sencilla para los servicios de salud y de bienestar cotidianos e imprevistos. Ayuda a aliviar los gastos que pueda tener que pagar de su bolsillo al recibir cuidado de la salud.



¿Qué es el seguro de indemnización de salud de beneficios fijos?

“Indemnización” es el término que se utiliza en los seguros para referirse a un plan que le paga a usted¹, o a su proveedor, una cantidad específica –o “beneficio fijo”– por los servicios médicos que recibe y que están cubiertos por el plan. El beneficio no se basa en la cantidad total de su factura por servicios médicos. También existen límites sobre cuánto o cuántas veces esta póliza pagará algunos beneficios.



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

Un plan de indemnización fija está diseñado para ofrecer un alivio suplementario a los gastos de su bolsillo que pueda tener en relación con los servicios médicos cubiertos. El beneficio paga una cantidad fija, independientemente del costo real facturado o de otra cobertura de seguro que pueda tener. Esto puede significar que se paguen algunos beneficios por un costo mayor que el del servicio o, en el caso de otros servicios, que cubran solo una parte del costo, pero la cantidad que usted le debe pagar al proveedor será menor.



¿Cómo funciona un seguro de indemnización fija?

Con este tipo de plan, **no hay deducible, ni coseguro, ni copagos**. Cuando le presten un servicio médico cubierto, este plan pagará la cantidad del beneficio (que figura en las páginas siguientes) a su proveedor dentro de la red o a usted. Este pago, junto con los descuentos en los servicios que reciba utilizando un proveedor dentro de la red, ayuda a reducir en general los gastos que debe pagar de su bolsillo.

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

Los planes HPG disponibles en este folleto ofrecen:

- Beneficios de servicios de bienestar², visitas al consultorio médico, visitas de cuidado de urgencia y medicamentos recetados
- Beneficios de estadías en el hospital, servicios quirúrgicos, visitas a la sala de emergencias y servicios de laboratorio y diagnóstico para pacientes ambulatorios
- Visitas de salud virtual ilimitadas sin costo (a través de HealthiestYou de Teladoc® Health) para problemas médicos generales que no son urgentes
- Flexibilidad para utilizar cualquier médico, con descuentos por utilizar proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare Choice Plus
- Aumento de los beneficios en efectivo por servicios que califiquen si permanece más de un año en el plan

Información de interés:

- Disponible para las edades límite de 18 a 64 años en la mayoría de los estados
- Renovable hasta los 65 años, sujeto a las disposiciones de la póliza, cuando se paguen las primas
- \$2 millones de máximo por año calendario por persona cubierta
- \$5 millones de beneficio máximo de por vida por persona cubierta
- Mayores cantidades de beneficio si continúa en el plan durante al menos 2 años
(consulte las págs. 7-8 para obtener información detallada)

¹ Si asigna beneficios de su póliza a un hospital u otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud, los beneficios se pagarán al proveedor. ² Se aplica un período de espera de 30 días en la mayoría de los estados.

Ahorre con descuento de la red

Obtenga acceso a nivel nacional a cuidado de calidad y ahorros

Puede utilizar cualquier proveedor que elija para recibir servicios médicos, pero aprovechará al máximo los beneficios de su HPG cuando utilice la red UnitedHealthcare Choice Plus.¹

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

- Recibirá cuidados a tarifas más bajas negociadas previamente
- Los proveedores dentro de la red presentarán los reclamos en nombre de usted
- Con una amplia red nacional, un proveedor dentro de la red puede estar cerca



**Más de
1.8 millones**
de proveedores²



Más de 7,000
hospitales²



58%
de ahorro promedio
en descuentos³

Ejemplos de ahorro

Observe estos ejemplos de reclamos, ahorro dentro de la red y funcionamiento del plan.

Tratamiento (servicios reclamados)	Costo real del tratamiento	Costo del tratamiento después del descuento de la Red Choice Plus	Beneficio del plan (plan HPG Preferred con el nivel de beneficios 2)	Responsabilidad total del miembro usando el proveedor de la red	Responsabilidad total del miembro usando el proveedor que no pertenece a la red
Visita al consultorio (1 visita)	\$175	\$72	\$100	\$0 (se le pagan \$28 al miembro)	\$75
Exámenes de laboratorio para diagnóstico médico (1 prueba)	\$42	\$16	\$50	\$0 (se le pagan \$34 al miembro)	\$0 (se le pagan \$8 al miembro)
Sala de emergencias (1 visita)	\$5,770	\$2,400	\$500	\$1,900	\$5,270
Admisión y habitación y comida en hospital (6 noches, estadia estándar)	\$15,600	\$6,425	\$21,000	\$0 (se le pagan \$14,575 al miembro)	\$0 (se le pagan \$5,400 al miembro)

Estos ejemplos se basan en reclamos reales. Las cantidades se redondearon por simplicidad. El costo real del tratamiento y los descuentos de la red varían según el área. Los beneficios varían según el plan (se pueden aplicar diferencias entre estados). Estos ejemplos son ilustrativos únicamente, para describir el funcionamiento del plan.

Más información sobre la presentación de reclamos

Cuando usted muestra su tarjeta de ID del plan a su proveedor dentro de la red, éste nos presenta el reclamo y nosotros le enviamos el pago de los beneficios. El proveedor aplicará el pago a la cantidad que usted adeuda por el servicio prestado. Esto, además del descuento de la red, ayuda a reducir su factura final y el total de los gastos de su bolsillo. Si el pago del beneficio aprobado es superior al costo de la cobertura, incluso después del descuento, le enviaremos la diferencia por correo en forma de cheque. I no usa un proveedor de la red, puede presentarnos su reclamo directamente a nosotros. Consulte su póliza para obtener más información o visite uhcmemberhub.com. (Consulte la página 11).

¹ Si tiene un plan de gastos médicos mayores, es posible que tenga que permanecer en ciertas redes y proveedores para obtener la mayor cobertura de ese plan. ² Formulario Anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/23. ³ Con base en los datos de E&I Healthcare Econ & Pricing de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio de los servicios combinados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.

Empiece por aquí: cree un plan adecuado para usted

Los planes HPG constan de 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 recetados”. Cada plan y nivel tiene diferentes cantidades para los beneficios. Usted elige lo que más le convenga de cada oferta. En conjunto, ese es el plan que diseñó para usted.



Paso 1: Elija un plan básico de beneficios hospitalarios

En la página siguiente (**página 7**) encontrará 4 planes con cantidades de beneficio diferentes. Este es el comienzo para crear su plan.

Cada uno de estos planes cubre las estadías en el hospital que incluye la unidad de cuidados intensivos y viajes en ambulancia, los procedimientos quirúrgicos y los laboratorios como paciente ambulatorio.

A continuación, se indican las opciones del plan básico, de la menor a la mayor cantidad de beneficio:

- Choice
- Select
- Preferred
- Premier

La diferencia en cada plan es la cantidad de beneficio fijo que pagamos por el servicio, y, en el caso de algunos beneficios, cuántas veces o días se pagará el beneficio en un año calendario.



Paso 2: Elija un nivel de bienestar, visitas al consultorio o medicamentos recetados

En la **página 8**, encontrará 3 niveles de cobertura de bienestar, visitas al consultorio y de medicamentos recetados (wellness, office visit, Rx, WORx). Esta parte se añade al plan básico hospitalario que seleccione.

Cada nivel cubre determinados procedimientos de bienestar, visitas al consultorio médico por enfermedad y visitas a especialistas, incluido el cuidado de urgencia, y los beneficios de medicamentos recetados de marca y genéricos.

A continuación, se indican las opciones de niveles, de la menor a la mayor cantidad de beneficio:

- Nivel 1
- Nivel 2
- Nivel 3

La diferencia en cada nivel es el beneficio fijo que pagamos por los servicios cubiertos y el número de veces que se paga el beneficio. Es importante tener en cuenta que algunos beneficios de bienestar solo tienen cobertura en los niveles superiores, y que 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.

Mejores Beneficio	Planes Health ProtectorGuard				
	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



Mayor Nivel de Beneficio Hospitalario

Detalles de los beneficios del plan básico hospitalario

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

Todos los beneficios, incluidos los máximos, son por cada persona y por cada año calendario.		Choice	Select	Preferred	Premier
Servicios médicos críticos					
Reclusión en hospital para pacientes hospitalizados por enfermedad/lesión ¹ (sin límite de días)	El primer año pagamos: El segundo año pagamos: ²	\$1,000 por cada día \$2,000 por cada día	\$2,000 por cada día \$4,000 por cada día	\$3,000 por cada día \$6,000 por cada día	\$5,000 por cada día \$10,000 por cada día
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Cuidados Críticos (UCC) ³	Pagamos:	\$1,000 por cada día (31 días)	\$2,000 por cada día (31 días)	\$3,000 por cada día (31 días)	\$5,000 por cada día (31 días)
Beneficio de Admisión en Hospital - Primer día como Paciente Hospitalizado ¹	Pagamos:	\$1,000 por cada día (1 día)	\$2,000 por cada día (1 día)	\$3,000 por cada día (1 día)	\$3,000 por cada día (1 día)
Sala de Emergencias	Pagamos:	\$400 por cada día (1 día)	\$500 por cada día (1 día)	\$500 por cada día (1 día)	\$1,000 por cada día (1 día)
Ambulancia (máximo combinado por viajes de cualquier tipo)		2 viajes	2 viajes	2 viajes	2 viajes
Ambulancia Terrestre/Acuática	Pagamos:	\$500 por cada viaje	\$500 por cada viaje	\$1,000 por cada viaje	\$1,000 por cada viaje
Ambulancia Aérea	Pagamos:	\$5,000 por cada viaje	\$5,000 por cada viaje	\$5,000 por cada viaje	\$5,000 por cada viaje
Beneficios quirúrgicos (representan un rango de 7 niveles quirúrgicos; consulte la página 8 para conocer otros detalles)					
Intervención Quirúrgica (sin límite de días)	Pagamos:	\$250-\$25,000	\$500-\$50,000	\$500-\$50,000	\$500-\$50,000
Centro para Pacientes Ambulatorios	Pagamos:	\$1,000 por cada día (2 días)	\$1,000 por cada día (2 días)	\$2,000 por cada día (3 días)	\$2,500 por cada día (3 días)
Laboratorio/Paciente Ambulatorio (máximo combinado de cualquier tipo)		4 pruebas	4 pruebas	5 pruebas	5 pruebas
Laboratorio para Pacientes Ambulatorios	Pagamos:	\$30 por cada prueba	\$50 por cada prueba	\$50 por cada prueba	\$75 por cada prueba
Laboratorio y Otras Pruebas Diagnósticas para Pacientes Ambulatorios (ecografía, electrocardiograma (EKG), electroencefalograma (EEG), angiografía, arteriografía, prueba de esfuerzo con talio y mielografía)	Pagamos:	\$30 por cada prueba	\$50 por cada prueba	\$75 por cada prueba	\$100 por cada prueba
Estudios por Imágenes y Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios Nivel 2 (Imágenes por Resonancia Magnética [MRI]/tomografía por emisión de positrones [PET]/tomografía axial computarizada [CAT] Beneficio por prueba)	Pagamos:	\$250 por cada prueba	\$300 por cada prueba	\$400 por cada prueba	\$500 por cada prueba
Quimioterapia para Pacientes Ambulatorios					
Quimioterapia Oral	Pagamos:	\$1,000 por cada mes (3 meses)	\$1,000 por cada mes (3 meses)	\$1,000 por cada mes (3 meses)	\$1,000 por cada mes (3 meses)
Quimioterapia, Radioterapia e Inmunoterapia para Pacientes Ambulatorios, No Orales	Pagamos:	\$1,000 por cada día (20 días)	\$1,000 por cada día (40 días)	\$2,000 por cada día (40 días)	\$2,000 por cada día (40 días)

La disponibilidad, las cantidades, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado.

Consulte las diferencias entre Estados. Los beneficios están sujetos a condiciones preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada. ¹ Incluye estadías en la unidad de observación de 24 horas o más.

² Este aumento de los beneficios no se aplica a la reclusión por enfermedad para pacientes hospitalizados. Los beneficios para lesiones aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que un plan haya estado en vigencia más de 6 meses. Si el plan no ha estado en vigencia más de 6 meses, el aumento de beneficios comenzará el 1 de enero después de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento se produce solo una vez. ³ Los beneficios de UCI/UCC son adicionales a los beneficios de reclusión en el hospital para pacientes hospitalizados.

Detalles sobre los beneficios por niveles de bienestar, visitas al médico y medicamentos recetados

Paso 2: Elija un nivel de bienestar, visitas al consultorio o medicamentos recetados, también conocido como “WORx”, para terminar de crear su plan.

Todos los máximos (máx.) para los beneficios son por cada persona, por cada 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 por cada examen (1 examen)	\$100 por cada examen (1 examen)	\$125 por cada examen (1 examen)
Exámenes de Laboratorio para Diagnóstico Médico	Pagamos:	\$25 por cada prueba (2 pruebas)	\$50 por cada prueba (2 pruebas)	\$100 por cada prueba (2 pruebas)
Radiografía para Examen Médico	Pagamos:	Sin cobertura	\$50 por cada prueba (1 prueba)	\$100 por cada prueba (1 prueba)
Vacuna Antigripal para Adultos (18 años y mayores)	Pagamos:	\$25 por cada vacuna (máx. 1)	\$25 por cada vacuna (máx. 1)	\$25 por cada vacuna (máx. 1)
Vacunas para Niños/Vacuna Antigripal (menores de 18 años)	Pagamos:	\$25 por cada vacuna (máx. 4)	\$25 por cada vacuna (máx. 4)	\$25 por cada vacuna (máx. 4)
Tratamientos para la Alergia en los Niños (menores de 18 años)	Pagamos:	\$10 por cada tratamiento (máx. 10)	\$10 por cada tratamiento (máx. 10)	\$10 por cada tratamiento (máx. 10)
Exámenes de Densidad Ósea (40 años y mayores)	Pagamos:	Sin cobertura	Sin cobertura	\$150 por cada examen (máx. 1)
Mamografía (mujeres de más de 30 años)	El primer año pagamos:	\$100 por cada examen (máx. 1)	\$150 por cada examen (máx. 1)	\$150 por cada examen (máx. 1)
	El segundo año pagamos ¹ :	\$150 por cada examen (máx. 1)	\$225 por cada examen (máx. 1)	\$225 por cada examen (máx. 1)
Prueba de Papanicolaou (mujeres mayores de 18 años) o Prueba de Antígeno Prostático Específico (hombres de 40 años y mayores)	El primer año pagamos:	\$100 por cada examen (máx. 1)	\$100 por cada examen (máx. 1)	\$100 por cada examen (máx. 1)
	El segundo año pagamos ¹ :	\$150 por cada examen (máx. 1)	\$150 por cada examen (máx. 1)	\$150 por cada examen (máx. 1)
Electrocardiograma (mayores de 40 años)	Pagamos:	Sin cobertura	Sin cobertura	\$100 por cada prueba (1 prueba)
Electrocardiograma de Esfuerzo (mayores de 40 años)	Pagamos:	Sin cobertura	Sin cobertura	\$125 por cada prueba (1 prueba)
Colonoscopia (50 años y mayores como examen preventivo o a cualquier edad si se relaciona con una enfermedad)	Pagamos:	\$300 por cada examen (1 examen)	\$300 por cada examen (1 examen)	\$500 por cada examen (1 examen)
Visitas al Consultorio (Máximo de visitas al consultorio, cualquier tipo combinado)	Máximo en el primer año: Máximo en el segundo año ¹ :	4 visitas 6 visitas	5 visitas 7 visitas	6 visitas 8 visitas
Visitas al Consultorio de un Médico	Pagamos:	\$80 por cada visita	\$100 por cada visita	\$125 por cada visita
Visitas al Consultorio de un Especialista/de Cuidado de Urgencia	Pagamos:	\$100 por cada visita	\$125 por cada visita	\$150 por cada visita
Visitas al Consultorio con cirugía en el consultorio en lugar de Visita al Médico/ Especialista/Cuidado de Urgencia	Pagamos:	\$200 por cada visita	\$225 por cada visita	\$250 por cada visita
Visitas de Terapia				
Visitas de Quiropráctica/Fisioterapia/ Terapia Ocupacional/Terapia del Habla	Pagamos:	Sin cobertura	\$35 por cada visita (10 visitas)	\$45 por cada visita (10 visitas)
Medicamentos Recetados (máximo de surtidos, cualquier tipo combinado)	Máximo en el primer año: Máximo en el segundo año ¹ :	12 surtidos 17 surtidos	15 surtidos 20 surtidos	20 surtidos 25 surtidos
Medicamentos Recetados de Marca	Pagamos:	\$40 por cada surtido	\$60 por cada surtido	\$60 por cada surtido
Medicamentos Recetados Genéricos	Pagamos:	\$10 por cada surtido	\$10 por cada surtido	\$20 por cada surtido

La disponibilidad, las cantidades, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte las diferencias entre Estados. Los beneficios están sujetos a condiciones preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada. ¹Los beneficios aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que un plan haya estado en vigencia más de 6 meses. Si el plan no ha estado en vigencia más de 6 meses, el aumento de beneficios comenzará el 1 de enero después de 12 meses consecutivos de cobertura.

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

Cómo se determinan los niveles quirúrgicos

Cada plan tiene una lista de 7 niveles quirúrgicos basados en la unidad de valor relativo¹ del procedimiento que se va realizar. La cantidad correspondiente al nivel respectivo se pagará cada día que una persona cubierta requiera una cirugía como paciente hospitalizado o ambulatorio por prescripción médica. Si la cirugía corresponde a múltiples niveles, pagaremos la cantidad más alta y, si se realizan varias cirugías en un mismo día, pagaremos la cantidad del procedimiento de mayor nivel. Estos beneficios están determinados por el plan básico hospitalario que eligió en el paso 1.

		Choice	Select	Preferred	Premier
Beneficios Quirúrgicos Los ejemplos de niveles de cirugía son para fines ilustrativos únicamente					
Las cirugías de Nivel 1 para trasplantes de órganos principales o de tejidos dañados se pagan una vez en la vida de la persona cubierta para cada uno de los siguientes tipos de órganos principales: hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas, médula ósea, células madre o intestino delgado.	Pagamos:	\$25,000	\$50,000	\$50,000	\$50,000
Cirugías de Nivel 2 como la cirugía de vasos intracraneales o la extirpación del esófago.	Pagamos:	\$10,000	\$20,000	\$20,000	\$20,000
Cirugías de Nivel 3 como una endoscopia, la extirpación parcial del páncreas o la sustitución de la válvula mitral.	Pagamos:	\$5,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Cirugías de Nivel 4 como la fusión de la columna lumbar, las colectomías o reparación de la válvula mitral.	Pagamos:	\$2,500	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Cirugías de Nivel 5 como artroplastia total de rodilla o cadera o cirugía discal lumbar.	Pagamos:	\$1,250	\$2,500	\$2,500	\$2,500
Cirugías de Nivel 6 como apendicectomía, reconstrucciones de rodilla y hombro o cirugía del túnel carpiano.	Pagamos:	\$500	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Cirugías de Nivel 7 como la extirpación de amígdalas y adenoides, la biopsia de mama o la creación de orificios timpánicos (tubos en el oído).	Pagamos:	\$250	\$500	\$500	\$500
Cirujano Asistente (se paga por cada día, cuando una cirugía cubierta lo requiere)	Pagamos:	20% de los beneficios quirúrgicos	20% de los beneficios quirúrgicos	20% de los beneficios quirúrgicos	20% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo (se paga por cada día)	Pagamos:	30% de los beneficios quirúrgicos	30% de los beneficios quirúrgicos	30% de los beneficios quirúrgicos	30% de los beneficios quirúrgicos

Los beneficios están sujetos a condiciones preexistentes. **Consulte la página 13** para obtener información detallada.

¹Unidad de valor relativo (RVU) es el valor del servicio o procedimiento con respecto a todos los demás servicios o procedimientos basado en el trabajo, los gastos de la profesión y los gastos de mala praxis. Estos son establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La asignación específica de niveles y la cantidad del reembolso se determinan según el código de Terminología de Procedimientos Actuales (CPT) de cirugía.

Más formas de ayudarle a ahorrar dinero

Todos los planes incluyen acceso a visitas virtuales ilimitadas con un médico por un costo de \$0 a través de HealthiestYou¹ y descuentos en medicamentos recetados a través de Optum Perks.



Telesalud - HealthiestYou de Teladoc Health¹

¿No se siente bien, pero no está seguro de querer ir al médico? El beneficio de telesalud proporcionado a través de HealthiestYou de Teladoc® Health le facilita ver a un médico sin salir de casa. Reúnase 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, 7 días a la semana, 365 días al año. **Número ilimitado de visitas. Sin costo adicional.** Esto es acceso a cuidado de la salud de calidad sin complicaciones.

Nota: Con el pago de tarifas adicionales, también se ofrecen visitas a psiquiatras, psicólogos y dermatólogos.



Descuentos en Medicamentos con Receta con Optum Perks²

Existe una forma sencilla de ahorrar entre **un 30% y un 80% en medicamentos recetados** con la tarjeta Optum Perks de descuento en medicamentos recetados. Simplemente visite **perks.optum.com/uho** para imprimir su tarjeta o enviarla a su teléfono. Allí también puede comparar los precios de medicamentos recetados en las tiendas cerca de usted. Para aprovechar su ahorro, presente su tarjeta de descuentos Optum Perks en la farmacia al momento de la compra.

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

Red de ahorros en todo el país³

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

Nota: Si tiene un plan de gastos médicos mayores, es posible que tenga que permanecer en ciertas 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 usual y habitual de la farmacia. Los ahorros reales pueden variar. ³ El promedio de ahorro se basa en los datos de E&I Healthcare Econ & Pricing de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio de los servicios combinados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.



Centro de Información para Miembros de UHC

Administre su plan Health ProtectorGuard Guard con el Centro de Información para Miembros de UHC



Conectar con su plan

Con el Centro de Información para Miembros de UHC, usted puede administrar su plan como más le convenga, en cualquier momento del día o de la noche. Una vez que se registre en este sitio web para miembros, podrá:

- Acceder a los documentos de su plan
- Ver y descargar su tarjeta de ID
- Modificar su información de contacto
- Buscar médicos y hospitales de la red
- Pagar las primas
- Enviar de forma segura preguntas sobre su cobertura si no son urgentes

El Centro de Información para Miembros de UHC es una forma rápida y sencilla de obtener respuesta a muchas de sus preguntas y administrar su plan sin tener que llamar por teléfono. Visite uhcmemberhub.com.

Exclusiones o limitaciones

Este es sólo un resumen general de las disposiciones y exclusiones de la póliza básica. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa.

LA PÓLIZA PODRÍA LIMITAR O EXCLUIR BENEFICIOS POR SINIESTROS QUE SEAN CAUSA O RESULTADO O QUE TENGAN RELACIÓN CON LO SIGUIENTE:

- Un siniestro que ocurra antes de la fecha de vigencia o después de la terminación de la póliza, en cualquier momento en que la cobertura no esté vigente o que ocurra durante un período de espera.
- Una guerra; lesiones corporales autoinfligidas de manera intencional; o participación en un motín, cometer o intentar cometer un delito grave.
- Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionados.
- Una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- Tratamientos estéticos.
- Embarazo o parto (excepto por complicaciones del embarazo o según lo requiera cada estado).
- Reclusión en hospital que comienza un viernes o un sábado, salvo que se trate de una urgencia, o se programe una cirugía médicamente necesaria el día siguiente a la fecha de admisión.
- Reclusión en hospital principalmente para recibir rehabilitación, cuidados de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente dispuesto en la póliza).
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
- Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).
- Conducción de taxi o de cualquier otro transporte de pasajeros a cambio de un salario, remuneración o lucro.
- Cuidados de rutina para un recién nacido mientras sea paciente hospitalizado, excepto por lo dispuesto de forma expresa en la póliza.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Cirugía de reasignación de sexo.
- Lesiones sufridas al operar, subir o descender de cualquier tipo de aeronave no comercial. En la mayoría de los estados, solo se excluye si la persona cubierta es piloto, oficial o miembro de la tripulación de dicha aeronave o está dando o recibiendo cualquier tipo de capacitación o instrucción o cumple otra función que le exija estar a bordo de la aeronave.
- Servicios prestados por un familiar inmediato.
- Gastos o recargos que un proveedor (como un hospital) les haya impuesto a usted o a su dependiente cubierto, pero que en realidad son responsabilidad del proveedor.
- Servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Cualquier siniestro sufrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión o en otro centro de detención.
- Todo siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales o de abuso de sustancias.
- Todo siniestro relacionado con un aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término).
- Cualquier siniestro por gastos dentales, salvo lo dispuesto expresamente en la póliza.
- Todo siniestro relacionado con cualquier examen o ajuste de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular o terapia visual.
- Servicios prestados fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia de una persona cubierta.
- Tratamientos experimentales o de investigación.

Disposiciones del Plan

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones de la póliza básica. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa.

ESTA NO ES UNA COBERTURA DE CUIDADO DE LA SALUD QUE CALIFIQUE (“COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA”) PARA SATISFACER EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Requisitos

En el momento de la solicitud, el asegurado principal y el cónyuge (según lo definido por cada estado) debe tener entre 18 y 64 años de edad (termina el día del cumpleaños 65) o según lo requerido por cada estado. Los niños que cumplen los requisitos deben tener entre 0 y 25 años de edad (termina el día del cumpleaños 26) o según lo requerido por cada estado.

Declaración Incorrecta de la Edad, Género o Consumo de Tabaco

Si se declara incorrectamente la edad, el género o el consumo de tabaco de la persona cubierta en su solicitud de cobertura conforme a la póliza, las primas futuras podrían ajustarse y las primas anteriores podrían reembolsarse o tendría que pagarlas a nosotros según a la edad, el género o el consumo de tabaco correctos. Y, si por tal motivo, no hubiéramos emitido la cobertura para dicha persona cubierta, le devolveremos la prima pagada por esa persona cubierta menos las cantidades de los beneficios que hayamos pagado, y la cobertura se anularía a partir de la fecha de vigencia.

Aviso de Reclamo

Debemos recibir el aviso de reclamo dentro los 30 días siguientes a la fecha de inicio del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Prima

Las tarifas de primas se garantizan durante 12 meses y están sujetas a cambios. La edad, el género y la clase de consumo de tabaco de una persona cubierta y el tipo y nivel de cobertura son algunos de los factores que podrían usarse para determinar la tarifa de su prima. Recibirá un aviso con por lo menos 31 días de anticipación (o más si su estado lo requiere) sobre cualquier cambio en su prima.

No habrá ningún cambio en su prima por el simple hecho de los reclamos presentados por una persona cubierta conforme a la póliza o por un cambio en el estado de salud de la persona cubierta.

Condiciones Preexistentes

No pagaremos beneficios de la póliza por un siniestro que se manifieste debido a una condición preexistente, o que sea consecuencia, causa o factor de una Condición Preexistente. La limitación de Condición Preexistente no se aplicará más de 12 meses (o según lo requerido por cada estado) después de la fecha de vigencia de la póliza de una persona cubierta conforme a la póliza.

“Condición Preexistente” significa una enfermedad, lesión o condición:

- Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza; o
- Que manifestó síntomas que llevarían a una persona de prudencia normal a buscar un diagnóstico o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.

Renovabilidad y Cancelación

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

- El asegurado principal cumple 65 años (o la próxima fecha de vencimiento de la prima, dependiendo del estado) o fallece. Si la póliza incluye dependientes y el asegurado principal fallece o cumple 65 años la puede continuar:
 - El cónyuge, si es una persona cubierta;
 - En caso contrario, un niño que cumpla los requisitos y que sea una persona cubierta;
- La falta de pago de las primas a su debido tiempo;
- La fecha en que dejemos de ofrecer y nos neguemos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario para todos los residentes del estado donde usted reside;
- La fecha en que recibamos su solicitud de cancelar la póliza; o
- La fecha en que una persona cubierta cometa fraude o presente una declaración falsa material, o tenga conocimiento de estos actos ilegales.

Disposiciones del plan (continuación)

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones de la póliza básica. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa.

Derecho a Examinar

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

Suscripción

Los planes de seguros están sujetos a una suscripción de salud. Si proporciona información incorrecta o incompleta en su solicitud de seguro, su cobertura puede anularse o denegarse.

Períodos de Espera

Hay un período de espera de 30 días antes de que se paguen los beneficios por Bienestar/Cuidado Preventivo en la mayoría de estados.

Diferencias entre estados

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

Alabama

Formulario de la póliza HPG3-GRI-01

- No aplica la disposición de Declaración Incorrecta del Género o Consumo de Tabaco.

Alaska

Formulario de la póliza HPG3-GRI-50

- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Arizona

Formulario de la póliza HPG3-GRI-02

- No se aplica la exclusión de servicios que preste un familiar inmediato de la persona cubierta.
- La exclusión por siniestro sufrido mientras la persona cubierta está encarcelada se limita a la encarcelación en una prisión estatal o federal.

Arkansas

Formulario de la póliza HPG3-GRI-03

- La exclusión por cualquier siniestro relacionado 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 la póliza HPG3-GRI-05

- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su conviviente civil según la ley de Colorado.
- La exclusión de los daños corporales autoinfligidos solo se aplica si la persona cubierta está en sano juicio.
- La exclusión de lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo o medio de transporte motorizado solo aplica si la persona cubierta recibe una remuneración por su participación o instrucción.
- La exclusión no aplica para una Condición Preexistente de la cual se manifestaron síntomas que llevarían a una persona de prudencia normal a buscar un diagnóstico o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.

Delaware

Formulario de la póliza HPG3-GRI

- La edad límite máxima es de 60 años.

Florida

Formulario de la póliza HPG3-GRI-09

- El niño que cumple los requisitos también puede incluir a su niño o al de su cónyuge que sea menor de 31 años de edad si no está casado y no está cubierto por ningún otro plan de beneficios de salud.
- No aplica la exclusión de reclusión en un hospital que inicia el primer viernes o sábado, a menos que se trate de una emergencia, o que se programe una intervención quirúrgica médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para la fecha siguiente a la fecha de admisión.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Georgia

Formulario de la póliza HPG3-GRI-10

- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios.

Hawaii

Formulario de la póliza HPG3-GRI-51

- No hay diferencias para este estado.

Illinois

Formulario de la póliza HPG3-GRI-12

- El niño que cumple los requisitos también puede incluir a su niño o al de su cónyuge que sea menor de 30 años, que ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, se le ha dado de baja por un motivo diferente a una conducta deshonrosa y nos ha enviado una copia de su formulario DD-214 en el que se indica la fecha en la que el dependiente fue dado de baja del servicio.
- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su conviviente civil según la ley de Illinois. Parte en una unión civil significa una persona que establece una unión civil de conformidad con la Ley de la Protección de la Libertad Religiosa y de la Unión Civil de Illinois.
- No aplica la exclusión por una lesión sufrida durante la participación, demostración, instrucción, orientación o acompañamiento de otras personas en ciertas actividades (es decir, deportes semideportivos y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe remuneración para participar o instruir en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.).

Diferencias entre estados (continuación)

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

Illinois (continuación)

- Las referencias a declaraciones erróneas o representaciones falsas se refieren a aquellas que se realizan de manera “intencional”.

Indiana

Formulario de la póliza HPG3-GRI-13

- Derecho de 30 días para examinar la póliza.

Iowa

Formulario de la póliza HPG3-GRI-14

- No hay diferencias para este estado.

Kentucky

Formulario de la póliza HPG3-GRI-16.

- En la disposición Aviso de Reclamo, debemos recibir el aviso de reclamo dentro de los 60 días siguientes a la fecha del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Lousiana

Formulario de la póliza HPG3-GRI-17

- Derecho de 30 días para examinar la póliza.
- No aplica la exclusión por un siniestro ocurrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención, si una persona cubierta está detenida en un centro correccional y no ha sido juzgada o condenada por un delito.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Maine

Formulario de la póliza HPG3-GRI-18

- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su pareja de unión libre.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios.

Maryland

Formulario de la póliza HPG3-GRI-19

- La edad límite máxima es de 60 años.
- No hay período de espera para los servicios de bienestar/preventivos.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Cuando la persona cubierta participa en disturbios.
 - Cuando la persona cubierta comete o intenta cometer un delito, así sea declarada culpable o no.

- Un siniestro que se produzca como consecuencia de que la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta libre, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante.

- Servicios prestados durante el periodo de espera.
- Todo siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales o de abuso de sustancias o con programas de tratamiento para el abuso de sustancias ordenados por un tribunal.

- La póliza no paga beneficios por siniestros que sean causa o resultado o que tengan relación con los gastos de una referencia prohibida como lo exigen las leyes y normas de Maryland.
- No pagaremos beneficios de la póliza por un siniestro que se manifieste debido a una condición preexistente, o que sea consecuencia, causa u otro tipo de factor de una Condición Preexistente o que se deba a complicaciones de una Condición Preexistente, a menos que:
 - Recibimos plena información sobre la Condición Preexistente de una persona cubierta en su solicitud de seguro conforme a la póliza; y
 - La cobertura de la Condición Preexistente no está excluida ni limitada por incluir su nombre o descripción específica en una cláusula adicional de renuncia, adjunta a la póliza.
- Si una persona cubierta es recluida en un hospital en la fecha en que deja de estar asegurada bajo esta póliza, continuaremos pagando beneficios por reclusión en hospital hasta lo que ocurra primero entre:
 - La fecha en que la persona cubierta es dada de alta del hospital; o
 - 12 meses después de la fecha en que la persona cubierta deja de estar asegurada bajo esta póliza.

Sin embargo, no se proporcionan los beneficios de esta disposición si esta póliza se cancela debido a:

- Una solicitud suya;
- Fraude o declaración falsa material por su parte; o
- Falta de pago de las primas requeridas cuando vencen; o

Diferencias entre estados (continuación)

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

Maryland (continuación)

- La cobertura se proporciona a una persona cubierta mediante un plan de beneficios de salud sucesivo que: se proporciona a la persona cubierta a un costo que menor o igual al costo que pagaría por el beneficio extendido proporcionado bajo esta disposición; y no produce una interrupción de los beneficios.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Michigan

Formulario de la póliza HPG3-GRI-21

- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Daño corporal autoinfligido intencionalmente.
 - Participación en un disturbio.
 - Una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- Existe una exclusión para cualquier enfermedad o lesión sufrida como resultado de que una persona cubierta cometa o intente cometer un delito menor o delito grave, así la persona sea declarada culpable o inocente, o cuya causa contribuyente sea que la persona cubierta estuvo involucrada en una ocupación ilegal u otra actividad criminal de manera voluntaria.

Minnesota

Formulario de la póliza HPG3-GRI-22

- No hay diferencias para este estado.

Mississippi

Formulario de la póliza HPG3-GRI-23

- No aplica la Declaración Incorrecta la Edad, Género o Consumo de Tabaco.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios.

Missouri

Formulario de la póliza HPG3-GRI-24

- No aplica la exclusión por un siniestro ocurrido mientras está encarcelado.
- La limitación de una Condición Preexistente no se aplicará a un niño que cumple los requisitos que haya sido legalmente adoptado por usted o su cónyuge.

Nebraska

Formulario de la póliza HPG3-GRI-26

- Las exclusiones de lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo o medio de transporte motorizado o no motorizado solo aplican para carreras o pruebas de velocidad organizadas.
- “Condición preexistente” significa una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con esta póliza.

Nevada

Formulario de la póliza HPG3-GRI-27

- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su pareja de unión libre.
- La exclusión no aplica para una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- “Condición Preexistente” significa una enfermedad, lesión o condición:
 - Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza; o
 - Que manifestó síntomas que llevarían a una persona de prudencia normal a buscar un diagnóstico o tratamiento dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios.

North Carolina

Formulario de la póliza HPG3-GRI-32

- La exclusión por siniestro como resultado de un acto de guerra declarada o no declarada no aplica a los actos de terrorismo.
- La exclusión de tratamiento estético no se aplica a los defectos y anomalías congénitas.

Diferencias entre estados (continuación)

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

North Carolina (continuación)

- “Condición Preexistente” significa aquellas condiciones para las cuales se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Ohio

Formulario de la póliza HPG3-GRI-34

- No aplica la garantía de cambio de tarifa de 12 meses.

Oklahoma

Formulario de la póliza HPG3-GRI-35

- Derecho de 30 días para examinar la póliza.
- La exclusión de acto de guerra aplica para: Cualquier acto de guerra declarada o no declarada mientras presta servicio militar o naval, o en cualquier unidad auxiliar, de los Estados Unidos, que incluye, entre otros: 1. Servicio como miembro de un componente regular o de reserva del ejército, fuerza aérea, armada, guardia costera o infantería de marina de los Estados Unidos; 2. Servicio como funcionario encargado del Servicio de Salud Pública o de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica; o 3. Servicio militar o naval en una organización militar auxiliar, que incluye, entre otras, a la Guardia Costera Auxiliar, la Reserva Temporal de la Guardia Costera, Auxiliar Civil de la Policía Militar o la Patrulla Aérea Civil.
- La exclusión por estado de embriaguez se sustituye por: Un siniestro ocurrido mientras se está bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administrada o recetadas por un médico.
- No aplica la exclusión por conducción de taxi o medio de transporte de pasajeros.
- No aplica la exclusión por una lesión sufrida durante la participación, demostración, instrucción, orientación o acompañamiento de otras personas en ciertas actividades (es decir, deportes semideportivos y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe remuneración para participar o instruir en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.).

Pennsylvania

Formulario de la póliza HPG3-GRI-37

- La exclusión de participación en un motín aplica específicamente por lesiones debidas a la participación en un motín.
- En la exclusión de siniestro incurrido debido a que una persona cubierta está en estado de embriaguez o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas, no aplica “la toma de medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada”.
- El tratamiento cosmético, incluida la reclusión en hospital para tales servicios, no se excluye cuando sea necesario debido a un siniestro causado por una enfermedad o lesión cubierta.
- “Condición preexistente” significa una enfermedad o lesión para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con esta póliza.

Rhode Island

Formulario de la póliza HPG3-GRI-38

- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su conviviente civil según la ley de Rhode Island.

South Carolina

Formulario de la póliza HPG3-GRI-39

- Derecho de 30 días para examinar la póliza.
- La exclusión no aplica para un siniestro ocurrido porque la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.

Tennessee

Formulario de la póliza HPG3-GRI-41

- Las visitas al quiropráctico se reembolsan como visitas al consultorio médico y no incluyen el beneficio aparte para Visitas al Quiropráctico en Visitas de Terapia.
- La exclusión por siniestros relacionados con la práctica de un aborto se sustituye por: Todo siniestro relacionado con la práctica de un aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término o cuando el feto no sea viable).

Diferencias entre estados (continuación)

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

Texas

Formulario de la póliza HPG3-GRI-42(R)

- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - La reclusión en un hospital por el primer viernes o sábado por la estadía como paciente hospitalizado que comience en uno de tales días, a menos que se trate de una emergencia, o que se programe una intervención quirúrgica médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para la fecha siguiente a la fecha de admisión.
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
 - Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).
 - Servicios que preste un familiar inmediato 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 la póliza HPG3-GRI-43

- No hay período de espera para los servicios de bienestar/preventivos.
- No aplican las siguientes exclusiones por siniestros que sean causa o resultado o que tengan relación con lo siguiente:
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
 - Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).

– Servicios prestados durante el periodo de espera.

- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.

Virginia

Formulario de la póliza HPG3-GRI-45

- No aplican las disposiciones de Declaración Incorrecta del Género y Consumo de Tabaco. Si la edad se indica incorrectamente, los beneficios serán los que la prima pagada hubiera comprado con la edad correcta.
- En lo que respecta a la exclusión del tratamiento cosmético, la cirugía estética no incluirá la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea secundario o posterior a la cirugía resultante de un traumatismo, infección u otras enfermedades de la parte involucrada y cirugía reconstructiva debido a enfermedad congénita o anomalía de un niño dependiente cubierto que ha derivado en un defecto funcional.
- La exclusión de estado de embriaguez aplica para un siniestro que se produzca como consecuencia de que la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro: que esté embriagado o bajo los efectos de narcóticos ilegales, a no ser que se tomen por recomendación de un médico.
- La exclusión por embarazo o parto no aplica al embarazo después de un acto de violación cuando se informa a la policía en un plazo de 7 días a partir de la ocurrencia; o hasta 180 días por un acto de violación o incesto de una menor de 13 años.
- La exclusión por una lesión sufrida mientras se encuentra en una aeronave no comercial solo aplica si es quien opera la aeronave.
- La exclusión de cualquier siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales o de abuso de sustancias se reemplaza con: Todo siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales, adicción a drogas y alcoholismo.
- Los beneficios de visitas al consultorio se limitan solo a las visitas al consultorio médico que no se relacionan exclusivamente con tratamientos alternativos, 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.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionados.

Diferencias entre estados (continuación)

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

Virginia (continuación)

- La reclusión en un hospital por el primer viernes o sábado por la estadía como paciente hospitalizado que comience en uno de tales días, a menos que se trate de una emergencia o que se programe una intervención quirúrgica médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
- Cirugía de reasignación de sexo.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Conducción de taxi o de cualquier otro transporte de pasajeros a cambio de un salario, remuneración o lucro.
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
- Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).
- Cualquier siniestro sufrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal o en otro centro de detención.
- Tratamientos experimentales o de investigación.
- Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza; o
- Que manifestó síntomas que llevarían a una persona de prudencia normal a buscar un diagnóstico o tratamiento dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con la póliza.
- En la disposición de Cambios en las Primas, recibirá un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios.

Wyoming

Formulario de la póliza HPG3-GRI-49

- No aplican las disposiciones de Declaración Incorrecta del Género y Consumo de Tabaco.
- “Condición preexistente” significa una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia en que la persona cubierta se aseguró con esta póliza.
- En la disposición Aviso de Reclamo, debemos recibir el aviso de reclamo dentro de los 60 días siguientes a la fecha del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

West Virginia

Formulario de la póliza HPG3-GRI-47

- No hay diferencias para este estado.

Wisconsin

Formulario de la póliza HPG3-GRI-48

- El Resumen de la Cobertura para este estado, HPG3-OC-GRI-48, puede consultarse en <https://stage.uhone.com/api/supplysystem/?Filename=47453-G202211.pdf>
- “Condición Preexistente” significa una enfermedad, lesión o condición declarada incorrectamente o no revelada por completo en la solicitud de seguro:

Nota para nuestros clientes sobre el seguro suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud o de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros
- Este plan ofrece una cobertura opcional por una prima adicional. Su objetivo es complementar su seguro de salud y proporcionarle beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Avisos de prácticas de privacidad de los planes de salud

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

Consúltelo aquí. Léalo con mucha atención.

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

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

El seguro entrará en vigencia con las limitaciones que se muestran más adelante, si se cumplen estas condiciones:

1. La solicitud está llena en su totalidad y Golden Rule Insurance Company la acepta y aprueba sin condiciones
2. La primera prima completa, según el modo de pago seleccionado, se pagó en la fecha de vigencia o antes, y cualquier cheque es aceptado la primera vez que se presentó para su cobro
3. La póliza: (a) es emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicita dentro de los 45 días a partir de la fecha de la solicitud; (b) se entrega a la posible persona asegurada; y (c) es aceptada por la posible persona asegurada

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