

Gracias por su interés en este producto. La misión de Golden Rule Insurance Company, como compañía de UnitedHealthcare, es ayudar a las personas a llevar una vida más saludable. Estamos disponibles para responder sus preguntas y ayudarlo sin ninguna obligación de comprar. **Si necesita ayuda para comprender este producto, llame a Golden Rule Insurance Company, visite uhone.com o comuníquese con su agente de seguros de salud.**

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

IMPORTANTE: Esta es una póliza a corto plazo, de duración limitada, NO una cobertura de salud integral

Esta es una póliza temporal limitada que tiene menos beneficios y protecciones federales que otros tipos de opciones de seguro de salud, como los de HealthCare.gov

Esta póliza	Seguro en HealthCare.gov
Podría no cubrirle debido a condiciones de salud preexistentes como diabetes, cáncer, derrame cerebral, artritis, enfermedad coronaria, trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	No puede negarle cobertura debido a condiciones de salud preexistentes
Podría no cubrir cosas como medicamentos recetados, exámenes preventivos, cuidado de maternidad, servicios para emergencias, hospitalización, cuidado pediátrico, fisioterapia y más	Cubre todos los beneficios de salud esenciales
Podría no tener límite para lo que usted paga de su bolsillo por el cuidado	Le protege con límites a lo que usted paga cada año de gastos de bolsillo por beneficios de salud esenciales
No cumplirá los requisitos para recibir ayuda financiera federal para pagar las primas y los gastos de su bolsillo	Muchas personas cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera federal
No tiene que cumplir normas federales para cobertura de salud integral	Todos los planes deben cumplir las normas federales

¿Busca un seguro de salud integral?

- **Visite HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener seguro de salud a través de su empleo, o del empleo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su Estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) (naic.org) en “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).



Planes de Salud a Corto Plazo para momentos de transición y cambio



SEGURO DE SALUD DISPONIBLE SOLAMENTE PARA LOS MIEMBROS DE LA FEDERACIÓN DE CONSUMIDORES Y VIAJEROS DE EE. UU. (FACT). ESTOS PLANES DE SEGURO DE SALUD SE EMITEN COMO PLANES DE GRUPO DE UNA ASOCIACIÓN Y SOLO ESTÁN DISPONIBLES PARA LOS MIEMBROS DE LA FACT. GOLDEN RULE INSURANCE COMPANY ES LA ASEGURADORA Y ADMINISTRADORA DE ESTOS PLANES. ENCUENTRE MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA FACT EN LA ÚLTIMA PÁGINA.

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-P-D y otras diferencias entre estados

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

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

Por Qué Elegir Seguro de Salud a Corto Plazo	4
Información del plan	5
Ahorros y red	6
Más opciones de cobertura	7
Preguntas frecuentes	8
Beneficios médicos	9
Exclusiones/limitaciones	12
Disposiciones de los planes	14
Diferencias entre estados	16
Información de la FACT y aviso de privacidad	17



¿Por qué elegir Seguro de Salud a Corto Plazo?

Los planes de salud a corto plazo están diseñados como cobertura de salud por tiempo limitado cuando un seguro a un plazo mayor no está disponible para usted

Porque la vida avanza rápido



Solicite cobertura cualquier día del año

No se requiere un evento que califique y no hay que esperar un período de inscripción



Solicítela rápido

Los planes requieren evaluación médica, y las preguntas breves sobre la solicitud ayudan a determinar si cumple los requisitos para la cobertura



Elija la duración de su plan

Con estos planes, puede tener hasta 4 meses de cobertura total en un período de 12 meses¹



Escoja su plan

Varios planes con distintas opciones de beneficios y deducibles disponibles, incluidas opciones de planes específicamente para familias

Porque la vida puede ser impredecible



La cobertura que usted necesita

Para visitas al consultorio médico, visitas de cuidado de urgencia, hospitalización, cuidado preventivo limitado y más



Cobertura de medicamentos recetados

Disponible en la mayoría los planes



Red nacional

Acceso a cuidado de calidad a tarifas reducidas por parte de 1.8 millones de médicos y profesionales de la salud y 7,200 hospitales y centros médicos²



No se requieren referencias ni un médico de cuidado primario (primary care physician, PCP)

Acuda a cualquier médico de la red en todo el país³

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

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

³ Hay reducción de beneficios fuera de la red, excepto para emergencias (consulte la página 6)

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Es importante señalar que hay **Diferencias entre Estados, Exclusiones o Limitaciones y Disposiciones del Plan**. Este plan requiere evaluación médica. **No se pagarán beneficios por condiciones de salud que existan antes de la fecha de vigencia del seguro.**

Información del plan

Aspectos destacados de los gastos cubiertos dentro de la red

		Copay	Premier Elite y Plus Elite	Plus	Value	Value Direct
Deducible por Persona (por vigencia; máximo 2 por familia)	Usted paga hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	Solo Plus Elite: \$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500 o \$15,000	\$5,000, \$10,000 o \$15,000
Deducible Familiar (por vigencia; un deducible por alcanzar para todos los familiares cubiertos combinados)	Usted paga hasta:	No disponible	Solo Premier Elite: \$5,000, \$10,000 o \$14,000	No disponible	No disponible	No disponible
Coseguro (% que usted paga después del deducible, por vigencia)	Usted paga:	20%	0%	20%	30%	40%
Máximo de Gastos de su Bolsillo del Coseguro (después del deducible, por persona y por vigencia)	Usted paga hasta:	\$5,000	\$0	\$2,000	\$10,000	\$10,000
Beneficio Máximo (por persona y por vigencia)	Pagamos hasta:	\$2 millones	\$2 millones	\$2 millones	\$1 millón	\$500,000
Aspectos médicos						
Visita al Consultorio Médico: Solo Historial y Examen (por persona y por vigencia)		\$50 de copago ¹	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Visita a Centro de Cuidado de Urgencia (por persona y por vigencia)		\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	40% después del deducible
Cuidado Preventivo (consulte la página 10 para obtener más información y conocer las limitaciones)	Usted paga:	20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Sala de Emergencias: Accidentes y Enfermedades		20% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no le admiten)	Sin cargo después del deducible (\$500 de deducible adicional si no le admiten)	20% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no le admiten)	30% después del deducible (\$500 de deducible adicional si no le admiten)	40% después del deducible (\$750 de deducible adicional si no le admiten)
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Ambulatorios, Laboratorio y Radiografías		20% después del deducible	Sin cargo después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible
Farmacia						
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (en los planes que proporcionan cobertura, al presentar su tarjeta de ID de miembro, usted paga al precio mínimo disponible por los medicamentos recetados en el punto de venta)	Usted paga:	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2 a 4: 20% después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por persona y por vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2 a 4: Sin cargo después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por persona y por vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2 a 4: 20% después del deducible (Máximo \$5,000 de gastos cubiertos por persona y por vigencia)	Nivel 1: \$25 de copago, sin deducible Niveles 2 a 4: 30% después del deducible (Máximo \$2,500 de gastos cubiertos por persona y por vigencia)	Sin cobertura Usted recibirá una tarjeta de descuentos ²
Beneficios Opcionales						
Agregar el Beneficio de Cuidado Virtual ³ (consulte la página 7)		\$0 por consultas médicas por video disponibles a través de Amwell	\$0 por consultas médicas por video disponibles a través de Amwell	\$0 por consultas médicas por video disponibles a través de Amwell	\$0 por consultas médicas por video disponibles a través de Amwell	\$0 por consultas médicas por video disponibles a través de Amwell
Agregar el Beneficio Complementario por Accidente ³ (consulte la página 14)	Pagamos hasta:	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000	\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000

La cantidad proporcionada de los beneficios depende del plan seleccionado y la prima variará según la cantidad seleccionada de los beneficios. Los beneficios fuera de la red varían. Consulte los detalles en la página 6. Los copagos no se aplican al deducible, al coseguro ni al máximo de gastos de su bolsillo de coseguro. Esta cobertura no califica como "Cobertura Esencial Mínima", como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, y es posible que no cubra todos los beneficios de salud esenciales en su estado.¹ El número disponible de visitas al consultorio médico para un copago varía según la duración del plan: 1 a 3 meses = 1 visita, 4 meses = 2 visitas. **Las visitas posteriores están sujetas a un deducible y luego a un coseguro.** Los copagos por visitas al consultorio médico son por lesiones y enfermedades y no pueden utilizarse para servicios preventivos, excepto aquellos exigidos por los mandatos estatales.² Los descuentos varían según la farmacia, el área geográfica y el medicamento recetado.³ Se requiere una prima adicional.

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

Aproveche al máximo sus beneficios cuando use la red UnitedHealthcare Choice Plus.



Ahorre en las primas

- Elija un deducible más alto: Si acepta cubrir más antes de que el seguro comience a pagar, puede reducir la prima de su plan



Ahorre en los costos de cuidado de la salud

- Cuidado dentro de la red disponible a tarifas más bajas negociadas
- Los proveedores de la red aceptan no facturarle a una tarifa más alta que la negociada

Red Nacional*

 **1.8M+**  **7,200+**
proveedores hospitales

- No se requiere referencia para visitar a un especialista de la red
- Visite a cualquier médico o centro de la red en todo el país



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



Además de los beneficios dentro de la red, estos planes pagan beneficios más bajos fuera de la red. Por el cuidado que no es de emergencia prestado por proveedores que no pertenecen a la red, usted paga:

- Todos los cargos que excedan lo que se considera un gasto admitido
- Una multa del 25% del gasto admitido, que no cuenta para alcanzar el deducible
- Un deducible igual al doble del deducible de la red

No hay un máximo de gastos de su bolsillo para los proveedores que no pertenecen a la red. Los gastos de su bolsillo reales pueden ser superiores a su coseguro establecido porque es posible que no utilicemos la factura de un proveedor que no pertenece a la red para calcular lo que nosotros pagamos y lo que usted paga. El tratamiento de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red se manejará como un servicio admitido de la red.

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

Complete su cobertura



2 opciones de telesalud

Si desea cobertura para consultas virtuales, su plan Médico a Corto Plazo puede ayudarlo.

1. Al agregar el Beneficio de Cuidado Virtual¹ a su plan, puede usar Amwell para consultar a un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener cuidado rápido y una receta cuando sea necesario. Sin citas ni extensos tiempos de espera, es una excelente opción de cuidado cuando cree que podría tener gripe, sinusitis, tos, resfriado, fiebre, conjuntivitis, náuseas, entre otros. Puede disfrutar de consultas médico por video de costo \$0 cuando lo necesite.
2. Si un médico habitual de la red ofrece servicios de telesalud, usted puede aprovechar ese servicio con tarifas más bajas y negociadas de la red. Se aplican las tarifas de deducible y coseguro de su plan.



Beneficios por accidente

El Beneficio Suplementario por Accidentes¹ puede ayudarlo a cubrir su deducible u otros gastos médicos de bolsillo por lesiones sufridas en accidentes (antes de que el seguro de salud empiece a pagar los gastos cubiertos). Usted elige la cantidad del nivel de beneficio que desea y se paga por accidente, por persona cubierta. Encuentre más información en la página 14.



Dental y servicios para la vista

Considere la posibilidad de recibir ayuda para otros gastos habituales que no cubre el seguro de salud con cobertura dental y de servicios para la vista independiente.¹ El seguro dental puede brindar beneficios por servicios que van desde limpiezas de rutina hasta tratamientos de conducto, mientras que el seguro de servicios para la vista cubre los exámenes de la vista de rutina y puede ayudar a pagar anteojos, lentes de contacto, o ambos.

¹Se requiere una prima adicional para obtener cobertura.

Amwell y UnitedHealthcare no están afiliadas y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Es necesario solicitar por separado el plan dental y de servicios para la vista, y se emiten pólizas independientes. El diseño y la disponibilidad de los productos pueden variar según el estado. Si desea información de costos, beneficios, exclusiones, limitaciones, requisitos, períodos de espera y términos de renovación, llame al 1-800-273-8115.

¿Qué Esperar de los planes de Salud a Corto Plazo

Estas son algunas de las preguntas, y respuestas, más comunes sobre el Seguro de Salud a Corto Plazo. Queremos que se sienta seguro sabiendo que un plan a corto plazo es ideal para usted.

¿Qué son las condiciones preexistentes? y ¿están cubiertas por un plan a corto plazo?

No. Los planes de salud a corto plazo generalmente no cubren gastos relacionados con condiciones preexistentes. Esto significa que su plan no cubrirá los costos si:

- Actualmente está tomando medicamentos o recibiendo tratamiento para una enfermedad, lesión o afección
- En el pasado ha sufrido una condición que regresa
- Está embarazada antes de inscribirse en un plan

Si necesita cobertura para condiciones preexistentes, su mejor opción podría ser explorar las opciones de seguro de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿Cómo funciona la cobertura de cuidado preventivo?

El costo de los servicios de cuidado preventivo se aplica a su deducible, luego a su coseguro. Esto significa que probablemente tenga que pagar los servicios de cuidado preventivo de su bolsillo, pero estos costos se aplican a su deducible. Cuando alcance su deducible, los servicios estarán sujetos a su parte del coseguro. Recuerde que cuando utiliza un proveedor de la red está ahorrando en cada oportunidad porque los proveedores acordaron bajar las tarifas que usted pagaría sin un seguro.

¿Qué está cubierto en el cuidado preventivo?

El cuidado preventivo cubierto por su plan es muy específico, se limita a mamografías, frotis de Papanicolaou, exámenes de próstata y algunos servicios de cuidado preventivo para niños cubiertos por el plan. Los servicios de vacunas que califiquen como servicios de cuidado médico preventivo para niños están exentos de cualquier deducible, coseguro o copago. Sin embargo, las vacunas para adultos, como la vacuna antigripal, no estarían cubiertas. Algunos estados pueden requerir cobertura adicional.

Si debo pagar más gastos de mi bolsillo con un deducible alto, ¿cuál es la ventaja de mi plan?

Si bien tener un deducible más alto significa que usted está de acuerdo en pagar más antes de que el seguro comience a pagar, esos pagos no son la única manera en que su plan de salud a corto plazo se “paga”. Los proveedores de la red están de acuerdo en reducir las tarifas por su cuidado. Incluso si continúa pagando para alcanzar su deducible, lo que paga es menos de lo que pagaría sin su plan de salud a corto plazo.

¿Cómo funciona la cobertura de medicamentos recetados?

Varía según el plan. Algunos tienen copagos sin deducible para los medicamentos más comunes y pagos que se aplican a su deducible por otros medicamentos. Algunos planes de menor costo no tienen cobertura de medicamentos, pero vienen con una tarjeta de descuento para medicamentos. Usted elige el plan que más se adapta a usted.

Beneficios médicos

(planes de seguro)

Los siguientes beneficios médicos se ofrecen a través de proveedores de la red y están sujetos a las Disposiciones, Exclusiones o Limitaciones del Plan, al deducible, a cualquier copago o coseguro que corresponda y a todas las disposiciones de la póliza (a menos que se indique lo contrario). Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). Este es solo un resumen general de los beneficios. La póliza contiene información completa de la cobertura.

Servicios de ambulancia

- Servicio de ambulancia terrestre al hospital más cercano que pueda prestar los servicios necesarios de cuidado de emergencia.
- Servicios de ambulancia aérea solicitados por la policía o las autoridades médicas en el lugar de la emergencia o en los sitios a los que no se puede llegar en una ambulancia terrestre, con un límite de \$5,000 en gastos cubiertos por persona y por vigencia.

Gastos del tratamiento del cáncer

- Radioterapia y quimioterapia.
- Gastos relacionados con una mastectomía y, si la persona cubierta elige la reconstrucción del seno, incluye todas las etapas de la reconstrucción, y la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Servicios de salud preventiva para niños

Servicios para cualquier persona cubierta que cumpla los requisitos por la edad, sujetos a un deducible y coseguro. Los servicios de vacunas que califiquen como servicios de cuidado médico

preventivo para niños están exentos de cualquier deducible, coseguro o copago.

Lesiones dentales

Gastos dentales por una lesión en los dientes naturales sufrida después de la fecha de vigencia de la cobertura. Los gastos deben incurrirse dentro de los 6 meses siguientes al accidente.

No se pagan beneficios por lesiones causadas por problemas de masticación.

Diabetes

- Equipos, suministros y servicios para la diabetes.
- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes si el médico o el profesional del cuidado de la salud determinan que es médicamente necesario. Se limita a un programa de capacitación por persona, de por vida, a menos que se recete una capacitación adicional debido a un cambio significativo en los síntomas o la condición.

Pruebas de diagnóstico

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

Copago por las visitas al consultorio médico (solo historial y examen)

Solo para planes Copay, \$50 de copago por visita al consultorio para tratamiento, sin incluir cirugía, ordenado por un médico, limitado a 1 o 2 visitas por persona y por vigencia, dependiendo de la duración del plan (consulte la página 5). Las visitas adicionales al consultorio estarán sujetas al deducible y al porcentaje de coseguro que corresponda. El copago no se aplica a las visitas al consultorio por servicios para el cuidado preventivo.

Equipo médico duradero

Alquiler de silla de ruedas estándar no motorizada, cama de hospital, caminador estándar, cojín para silla de ruedas o respirador.

Cuidado de asistencia médica a domicilio

Para que califique para los beneficios, el cuidado de asistencia médica a domicilio debe prestarse a través de una agencia autorizada. Los gastos cubiertos de los servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se limitarán a 7 visitas por semana. Cada período de 8 horas de servicios de auxiliar de asistencia médica a domicilio se contará como una visita. Las visitas intermitentes de los servicios privados de enfermería certificada no deben exceder de 4 horas cada una y se limitan a \$75 por visita.

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

Beneficios médicos continuación

(planes de seguro)

Servicios hospitalarios

Servicios de habitación y comida diaria en el hospital a la tarifa más común de una habitación semiprivada; gastos admitidos de una unidad de cuidados intensivos; uso como paciente hospitalizado o ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento o recuperación de una cirugía; servicios y suministros, incluidos los medicamentos que habitualmente se administran a las personas solo mientras estén hospitalizadas, y tratamiento de emergencia de una lesión o enfermedad. Los gastos cubiertos por el uso de la sala de emergencias están sujetos a un deducible adicional de \$500 o \$750 por visita a la sala de emergencias por una enfermedad o lesión, a menos que la persona cubierta sea admitida directamente en el hospital para el tratamiento posterior.

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

Suministros médicos

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

Trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (SOLO para planes Plus)

Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, que incluyen programas ordenados por un tribunal para el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Cirugía para pacientes ambulatorios

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

Honorarios del médico

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

Cuidado preventivo

Los gastos de cuidado preventivo incluyen:

- Un examen de mamografía de rutina por vigencia, por persona cubierta de sexo femenino.
- Un frotis cervical o de Papanicolaou por vigencia, por persona cubierta de sexo femenino.
- Un examen rectal digital y una prueba del antígeno específico de la próstata (prostate specific antigen, PSA) por vigencia y por persona cubierta de sexo masculino para la detección temprana del cáncer de próstata (exento del deducible). La cobertura de las pruebas de detección no disminuye ni limita otros beneficios de diagnóstico cubiertos.

Para conocer los Servicios de Salud Preventiva para Niños, consulte la página 9.

Prótesis

Ojos o laringe artificiales, prótesis de seno, dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos. Dispositivos o servicios ortopédicos y protésicos limitados a un dispositivo o servicio o reemplazo cada 3 años, a menos que se demuestre que son médicamente necesarios. Si más de un dispositivo puede satisfacer las necesidades funcionales de la

persona cubierta, solo el cargo del dispositivo más eficiente en costo se considerará un gasto cubierto.

Cirugía reconstructiva

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

Centro de Rehabilitación y de Cuidado a Largo Plazo (ECF)

Para tener derecho a los beneficios, un Centro de Rehabilitación o de Cuidado a Largo Plazo debe tener una licencia del estado en el que opera.

Los servicios o el confinamiento deben comenzar dentro de los 14 días de una estadía de 3 días o más en el hospital, por la misma enfermedad o lesión. El máximo combinado de la póliza es de 60 días por persona y por vigencia, tanto para la rehabilitación como para los gastos de ECF. Este beneficio excluye los trastornos mentales o por abuso de sustancias.

Beneficios médicos continuación

(planes de seguro)

Trastornos de la columna vertebral y la espalda

Diagnóstico o tratamiento de trastornos de la columna vertebral y la espalda. Los servicios no quirúrgicos para pacientes ambulatorios se limitan a un máximo de \$2,500 para gastos cubiertos.

Tratamientos terapéuticos

Hemodiálisis, procesamiento y administración de sangre o componentes sanguíneos (pero no el costo de la sangre o los componentes).

Beneficio de gastos de trasplante

Los siguientes trasplantes están cubiertos al igual que cualquier otra enfermedad: córnea, injertos arteriales o venosos, injertos de válvulas cardíacas, prótesis de tejido y reemplazo de articulaciones y prótesis de lentes para cataratas. Para obtener información de todos los demás trasplantes cubiertos, consulte la disposición sobre “Trasplantes Incluidos” en la sección de Beneficios de Gastos de Trasplante en el certificado. La persona cubierta debe ser un candidato adecuado, según nuestra opinión. El trasplante no debe ser experimental o de investigación. Los gastos cubiertos de los “Trasplantes Incluidos” se limitan a 2 por persona. Golden Rule Insurance Company ha llegado a acuerdos con ciertos hospitales de todo el país (“Centros de Excelencia” o COE) para que realicen servicios de trasplante específicos. En un Centro de Excelencia designado, los gastos cubiertos incluyen la obtención del trasplante y el transporte y alojamiento, y se limitan a \$5,000 por trasplante. Si no se usa el Centro de Excelencia, Hay un límite de 1 trasplante por persona, y un máximo de beneficios de \$100,000; la obtención,

el transporte y el alojamiento no están cubiertos.

No se pagan beneficios por:

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

Beneficios adicionales

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro de autismo, incluidos los tratamientos basados en la evidencia.
- Análisis de conducta aplicado en un paciente ambulatorio para el tratamiento de trastornos del espectro de autismo hasta un máximo de \$50,000 por vigencia de la póliza y por persona cubierta.
- Exámenes de cáncer colorrectal y análisis de laboratorio de acuerdo con las pautas publicadas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer.
- Cuidados y tratamientos médicamente necesarios para la pérdida o el deterioro del habla y la audición, incluidos los trastornos de la comunicación.

- Tratamiento de trastornos que requieren nutrientes o fórmulas especializadas, incluido el tratamiento con alimentos medicinales, sin importar si el método de administración es enteral u oral.
- Gastos de cuidado de rutina de recién nacidos en el hospital.
- Para pruebas de detección en recién nacidos de hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, anemia drepanocítica y otros trastornos genéticos según lo establecido por la ley estatal.
- Marcapasos gástrico médicamente necesario.
- Servicios de telemedicina en la misma medida en que los servicios prestados estarían cubiertos por el certificado, en otras circunstancias, incluida la tarifa que el centro paga al lugar de origen. El reembolso combinado al lugar de origen y al lugar remoto se limita al gasto cubierto por el servicio cuando se presta de forma presencial.



Exclusiones/ limitaciones (planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información detallada completa.

Exclusiones y limitaciones generales

No se pagarán beneficios por servicios o suministros que no sean administrados u ordenados por un médico y que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como se define en el certificado.

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- En caso de condiciones preexistentes: Una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, cuidado o tratamiento dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; o una enfermedad, lesión o condición para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta que conlleve a cuidado o tratamiento médico después de dicha fecha; o una enfermedad, lesión, condición o síntoma cuya manifestación, en la opinión de un médico, habría llevado a una persona normalmente prudente a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento o evaluación adicional dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; o un embarazo existente en la fecha de vigencia de la cobertura.

NOTA: Incluso si tuvo cobertura antes de Golden Rule Insurance Company y sus condiciones preexistentes estaban cubiertas por ese plan, no estarán cubiertas por este plan.

- Gastos que no se habrían cobrado si no tuviera un seguro.
- Gastos impuestos por un proveedor (incluido un hospital) que el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
- Servicios prestados por un familiar inmediato.
- Gastos que no estén identificados e incluidos como cubiertos en el certificado o que superen los gastos admitidos.
- Servicios o suministros que se proporcionen antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de finalización de la cobertura.
- Procedimientos de cambio de peso o tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluido el método de alambrado mandibular y todas las formas de cirugía de derivación intestinal.
- Reducción o aumento de los senos.
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos que promueven o impiden la concepción o impiden el parto, incluidos, entre otros, inseminación artificial o tratamiento de la infertilidad o la impotencia.
- Esterilización o reversión de la esterilización.
- Cirugía de reducción fetal o aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro).
- Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular

Es posible que algunos estados requieran que usted tenga una Cobertura Esencial Mínima a fin de evitar una multa. Los beneficios del Seguro a corto plazo y de duración limitada de esta cobertura no cumplen todos los requisitos federales para calificar como “Cobertura Esencial Mínima” del seguro de salud según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (“ACA”). Este plan de cobertura no incluye todos los beneficios de salud esenciales que exige la ACA. Las condiciones preexistentes no están cubiertas por este plan de cobertura. Revise su Póliza/Certificado con atención y verifique que entiende lo que cubre y lo que no. Si esta cobertura vence o usted deja de cumplir los requisitos, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para obtener la cobertura de otro seguro de salud. Puede obtener un seguro a más largo plazo que califique como “Cobertura Esencial Mínima” de seguro de salud según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y obtener ayuda para pagarla en www.healthcare.gov. Lea con atención su Póliza/Certificado para conocer las exclusiones o limitaciones de la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios para emergencias, cuidado de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos recetados y servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias). Los beneficios de salud de su Póliza/Certificado también pueden tener límites en las cantidades o de por vida.

(temporomandibular joint, TMJ) o trastornos craneomandibulares, excepto por lo dispuesto en el certificado.

- Modificación del aspecto físico del cuerpo con el fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, como una cirugía de cambio de sexo.
- Gastos que no estén señalados de manera específica en el certificado, incluidas consultas telefónicas, incumplimiento de citas, gastos de televisión o gastos de teléfono.
- Terapia de pareja, familia o niños.
- Disponibilidad de reserva de un profesional médico cuando no se presta ningún tratamiento.
- Habitación y comida en el hospital y servicios de enfermería si se le admite un viernes o un sábado, a menos que sea una emergencia o una cirugía médicamente necesaria que esté programada para el día siguiente.
- Gastos dentales, incluidos aparatos de ortodoncia y cirugía oral, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos estéticos.
- Diagnóstico o tratamiento de problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas disciplinarios, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Diagnóstico o tratamiento de la adicción a la nicotina.
- Paternidad subrogada.
- Tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).

Exclusiones/limitaciones continuación

(planes de seguro)

Exclusiones generales, continuación

No se pagan beneficios por los siguientes gastos:

- Cargos relacionados con trasplantes de tejidos u órganos, o con su preparación, excepto por lo dispuesto de manera expresa en los Beneficios de Gastos de Trasplante del certificado.
- Lesiones por participación en deportes profesionales o semiprofesionales o actividades atléticas con fines de lucro, según lo determinado por Golden Rule Insurance Company.
- Quimioterapia de alta dosis realizada antes de un trasplante de médula ósea autólogo o de donante, o junto con él, excepto por lo dispuesto de manera específica en los Beneficios de Gastos de Trasplante del certificado.
- Cirugía refractiva del ojo, cuando el propósito principal es corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
- Cuidado de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería cuando se esté confinado para rehabilitación, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular, terapia visual, o cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Debido al embarazo (excepto complicaciones).
- Cualquier gasto, incluidas las pruebas diagnósticas realizadas en confinamiento, principalmente para el cuidado del bebé sano, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamiento de trastornos mentales o tratamiento del abuso de sustancias ordenado por un tribunal, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Cuidado preventivo o profiláctico, incluidos exámenes médicos de rutina, exámenes prematrimoniales y programas educativos, excepto por lo dispuesto en el certificado.

- Gastos incurridos fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia.
- Gastos que resulten de una guerra declarada o no declarada; lesiones corporales autoinfligidas de manera intencional (ya sea en sano juicio o por enajenación mental); o participación en un motín o delito grave (así la persona sea declarada culpable o inocente).
- Gastos de o relacionados con equipo médico duradero o con su adecuación, instalación, ajuste o retiro o con las complicaciones derivadas, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Tratamientos alternativos, excepto que estén cubiertos de manera específica en el certificado, incluidos acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, rolfing y otros tratamientos alternativos definidos por la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
- Gastos de salarios o ganancias laborales, si están cubiertos o deben estar cubiertos por el seguro de indemnización laboral de conformidad con la ley estatal o federal. Si celebró un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar beneficios médicos futuros conforme a una ley de indemnización laboral o un plan de seguros, esta exclusión seguirá siendo aplicable.
- Gastos que se deban a una lesión o enfermedad causada por los efectos del alcohol, según la definición de la ley del estado donde ocurrió la enfermedad o la lesión, o de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico.
- Reemplazo de articulaciones, a menos que tenga relación con una lesión cubierta por el certificado.
- Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración,

- guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de los siguientes deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte motorizado, buceo (cuando se bucea a 60 pies de profundidad o más), paracaidismo acrobático, puenting o deportes de rodeo.
- Lesiones sufridas durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otras personas en cualquiera de las siguientes actividades, si la persona cubierta recibe una remuneración por su participación o instrucción: operación o conducción de una motocicleta, carreras o pruebas de velocidad de cualquier vehículo o medio de transporte no motorizado, paseos a caballo, escalada de rocas o montañas o esquí.
- Lesiones sufridas al desempeñar las funciones de un tripulante de una aeronave, lo que incluye impartir o recibir entrenamiento en una aeronave.
- Terapia vocacional o recreativa, rehabilitación vocacional o terapia ocupacional, excepto por lo dispuesto en el certificado.
- Gastos que resulten de tratamientos experimentales o de investigación, o de servicios no comprobados.
- Tratamiento que no es de emergencia de las amígdalas, adenoides, trastornos del oído medio, hemorroides, o hernia.
- Un servicio por el cual un proveedor que no pertenece a la red renuncia, no gestiona o no cobra un copago, deducible o porcentaje de coseguro adeudado y aplicable.
- **Solo para los Planes Value Direct:** No se pagan beneficios por los siguientes medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Disposiciones del plan

(planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las disposiciones. No es un contrato de seguro, ni una parte del certificado de seguro. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). El certificado contiene información detallada completa.

Beneficio opcional suplementario por accidentes para planes de Salud a Corto Plazo

Formulario SA-S-1996G-GRI y diferencias entre estados

Por una prima adicional, reduzca o elimine su exposición a los gastos de bolsillo causada por lesiones sufridas en accidentes. El Beneficio Suplementario para Accidentes paga el tratamiento de una lesión imprevista dentro de los 90 días de un accidente. La cantidad máxima del beneficio (\$2,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000 o \$15,000) es por cada accidente y por cada persona cubierta.

Coordinación de beneficios (incluido Medicare)

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

La cláusula de Coordinación de Beneficios permite que dos o más planes trabajen entre sí para que la cantidad total de todos los beneficios nunca supere el 100% de los gastos cubiertos. Esta cláusula también tiene en cuenta la cobertura médica de los contratos de autoseguro. Para determinar cuál plan es el principal, consulte el “orden de los beneficios” en el certificado.

Dependientes

A los efectos de esta cobertura, los dependientes cubiertos son su cónyuge legal e hijos que

cumplen los requisitos. Los hijos que cumplen con los requisitos deben ser solteros y menores de 26 años en el momento de la solicitud, según la definición del estado.

Fecha de vigencia

Los gastos por lesiones y enfermedades se admiten en la cobertura a partir de la fecha de vigencia de su plan.

Su certificado entrará en vigencia en la que sea posterior de las siguientes fechas:

- La fecha de vigencia indicada en su solicitud; o
- El día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company* reciba su solicitud, pero solo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- A. Recibimos su solicitud y el pago de la prima correspondiente dentro de los 15 días de su firma;**
- B. Su solicitud está debidamente completada y no hay cambios;
- C. Su solicitud es aprobada después de que Golden Rule Insurance Company la revise;
- D. Usted reside en un estado en el que se puede emitir el formulario de certificado; y
- E. Si la solicitud es presentada mediante un agente o agente de seguros, estos están debidamente autorizados y designados para realizar solicitudes ante Golden Rule Insurance Company.

* Si se envía por correo y no lleva el matasellos del Servicio Postal de EE. UU. o si el matasellos no es legible, la fecha de vigencia será la más tardía de las siguientes: (1) la fecha que usted solicitó; o (2) el día después de la fecha en que Golden

Rule Insurance Company recibió la solicitud. Si la solicitud se envía por cualquier medio electrónico, incluido el fax, su cobertura entrará en vigencia en la última fecha entre: (1) la fecha de vigencia solicitada; o (2) el día después de la fecha en que Golden Rule Insurance Company recibió la solicitud.

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

Requisitos

En el momento de la solicitud, el asegurado principal debe tener al menos 19 años de edad.

Gastos aprobados

Un gasto aprobado significa un gasto cubierto de la siguiente manera:

- Proveedores de la Red: Tarifa contratada con el proveedor.
- Proveedores Que No Pertenece a la Red: Según la definición que aparece en el certificado.

Emergencia

“Emergencia” es una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (como un dolor grave) que lleven a una persona prudente, con un conocimiento promedio en salud y medicina, a prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata resultaría en: un grave peligro para la salud de la persona cubierta (o niño no nacido); un grave deterioro de las funciones corporales; o una grave disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.

Disposiciones del plan continuación

(planes de seguro)

Beneficios más bajos fuera de la red

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

No renovable

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

Cancelación

El certificado se cancelará en la primera fecha entre:

- El fallecimiento del asegurado principal. Si el certificado incluye dependientes y la persona asegurada principal fallece, su cónyuge puede continuar con el certificado, si es una persona cubierta; de lo contrario, lo podrá hacer el hijo menor si es una cubierta.
- La falta de pago de las primas a su debido tiempo.
- La fecha de cancelación que figura en la Página de Datos del certificado.
- El último día por el que se pagó la prima, después de su solicitud de cancelación del certificado.
- El final del período de la prima después de la fecha en que el asegurado principal cumpla los 65 años, si es la única persona cubierta por el plan.

Factores para determinar las tarifas

El diseño del plan elegido, el sexo, la edad en la fecha de emisión, el consumo de tabaco, el

área de residencia, la fecha de vigencia de la cobertura, la cantidad de asegurados cubiertos por el producto, la vigencia de la cobertura y la elección de los beneficios opcionales son algunos de los factores que se utilizan para determinar las tarifas de sus primas. Se prorrateará cualquier período de cobertura durante la vigencia que sea inferior a un mes completo.

Derecho de examen

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



Diferencias entre estados

(planes de seguro)

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

Alabama

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-P-D-01

- Gasto cubierto para una mamografía de detección de rutina para cada persona cubierta de sexo femenino, de la siguiente manera:
 - Para edades de 40 a 49 años, inclusive, una mamografía como mínimo cada dos años, o con mayor frecuencia según la recomendación del médico de la persona cubierta.
 - Para edades de 50 años en adelante, una mamografía cada año o con mayor frecuencia según la recomendación del médico de la persona cubierta.

Arizona

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-P-D-02

- No hay diferencias

Arkansas

Formulario de Certificado C-020.1D

- No hay diferencias.

Ohio

Formulario de Certificado GRI-STAG20-C-P-D-34

- Los dependientes del asegurado principal cumplirán los requisitos en la fecha de vigencia del asegurado principal si nacieron más de 30 días antes de la fecha de vigencia de la cobertura del asegurado principal.
- Los gastos cubiertos se amplían para incluir:
 - Diagnóstico o tratamiento del alcoholismo, se limita a \$550 por vigencia de la póliza.

- Servicios de supervisión de la salud infantil, como se define en el certificado, desde el nacimiento hasta los 9 años.
- Tratamientos de diálisis de una enfermedad renal aguda o crónica, que se brindan a pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Cargos del proveedor, tarifas del centro médico y honorarios de interpretación profesional por servicios de mamografía de rutina, sujetos a las limitaciones indicadas:
 - > Una mamografía de detección de cáncer de seno para personas de sexo femenino que no se consideren en riesgo y que tengan entre 35 y 40 años.
 - > Una mamografía de detección de cáncer de seno cada período de dos años para personas de sexo femenino que tengan entre 40 y 50 años.
 - > Una mamografía de detección de cáncer de seno cada año para personas de sexo femenino que estén en riesgo o tengan entre 50 y 65 años.

Los gastos cubiertos para estas pruebas de detección se limitan al 130 por ciento de la tarifa de reembolso más baja de Medicare para el estado de Ohio. Los cargos que el proveedor puede facturarle por estos servicios se limitan al deducible y coseguro.

Quiénes somos

Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora de los planes que figuran en este folleto. Por más de 80 años, hemos atendido las necesidades específicas de las personas y las familias que compran su propia cobertura. Los planes son administrados por United Healthcare Services, Inc.

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación "A+" (Superior) de A.M. Best.* Una organización mundial independiente que evalúa las compañías de seguros y otras empresas, y publica su concepto sobre ellas. Esta calificación es muestra de nuestra solidez y estabilidad financiera.

Nuestros planes ofrecen un seguro de salud sencillo para las personas y las familias en tiempos de transición y de cambios. Los planes solo están disponibles para los miembros de FACT, la Federación de Consumidores y Viajeros de EE. UU. Si aún no es miembro, puede inscribirse con su solicitud de Salud a Corto Plazo para poder solicitar estos planes.

Aviso de Prácticas de Privacidad de los Planes de Salud

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

Consúltelo aquí. Léalo con mucha atención.

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

* Al 12/14/23. Para ver nuestra última calificación, ingrese a www.ambest.com.

¿Qué es FACT?

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

¿La inscripción en FACT tiene algún costo?

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

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

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

- Beneficio por muerte accidental
- Beneficios intrahospitalarios, reembolso de ambulancia y cobertura de evacuación médica
- Descuentos en servicios dentales, servicios para la vista, aparatos auditivos y medicamentos recetados
- Robo de identidad y protección cibernética
- Descuentos en viajes
- Clases por Internet de salud, bienestar y acondicionamiento físico
- Cobertura de mascotas
- Becas y subvenciones comunitarias
- Programa de ayuda en casos de desastre y recuperación de pequeñas empresas

Como miembro de la Federación de Consumidores y Viajeros de Estados Unidos (FACT), su información se mantiene privada. Visite el sitio web de FACT, www.usafact.org/privacy-policy, para leer la Declaración de Privacidad de FACT completa. FACT puede cambiar o discontinuar cualquiera de los beneficios para sus miembros en cualquier momento. Si desea la información más reciente, incluidas las listas completas y detalladas de los beneficios para los miembros, visite el sitio web de FACT en www.usafact.org o llame a la línea gratuita (800) USA-FACT.



UnitedHealthcare®

Golden Rule Insurance Co.