



Health ProtectorGuard

Seguro de salud con beneficios fijos

ESTE PRODUCTO OFRECE BENEFICIOS LIMITADOS

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

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

Formulario de póliza HPG3-GRI y otras variaciones estatales

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

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

**United
Healthcare**

**Golden Rule
Insurance Co.**

Índice

¿Qué es el seguro de indemnización fija?.....	3
Descuentos de la red	4
Detalles de los beneficios hospitalarios y ambulatorios	5
Detalles de los beneficios de bienestar, visitas al médico y medicamentos con receta	6
Detalles de los beneficios quirúrgicos.....	7
Más formas de ahorrar	8
Apoyo para miembros.....	9
Exclusiones y limitaciones	10
Disposiciones de los planes.....	11
Diferencias entre estados.....	13
Avisos de privacidad y otros avisos.....	18

¿Por qué debería elegirnos?



Solidez y experiencia

UnitedHealthcare ofrece acceso a la atención médica a más de 29 millones de estadounidenses.¹ Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es el asegurador y administrador de los planes que se presentan en este folleto. Desde hace más de 80 años atendemos las necesidades específicas de personas y familias que compran su propia cobertura.



Calificación alta

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



Su satisfacción es nuestro objetivo

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

¹ Formulario 10-K anual de UnitedHealth Group para el año finalizado el 12/31/24. ² Desde el 03/12/25.

Para conocer la calificación más reciente, visite 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, el lenguaje contractual 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)

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



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

“Indemnización” es el término de seguro que refiere a un plan que le paga a usted¹, o a su proveedor, un monto específico (o un “beneficio fijo”) por los servicios médicos que recibe y que están cubiertos por el plan. El beneficio no está basado en el monto total de su factura por servicios médicos. También hay límites sobre la cantidad o el número de veces que esta póliza pagará algunos beneficios.



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

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



¿Cómo funciona un plan de seguro de indemnización fija?

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

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

Los planes HPG disponibles en este folleto tienen lo siguiente:

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

También es bueno saber lo siguiente:

- Disponible para emisión para personas entre 18 y 64 años en la mayoría de los estados.
- Renovable hasta los 65 años, sujeto a las disposiciones de la póliza, cuando se pagan primas.
- Máximo de \$2 millones por año calendario, por cada persona cubierta.
- Beneficio máximo de por vida de \$5 millones, por cada persona cubierta.
- No hay período de espera.
- Aumento de los montos de los beneficios si mantiene el plan durante al menos 2 años (**consulte las páginas 5-6 para obtener información detallada**)

¹Si cede los beneficios de su póliza a un hospital o a cualquier otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud, los beneficios se pagarán al proveedor.

Ahorre con los descuentos de la red

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

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

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

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



**Más de
1.8 millones**
de proveedores²



**Más de
7,000**
hospitales²



58%
de ahorro promedio
en descuentos³

Ejemplos de ahorro

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

Tratamiento (servicios reclamados)	Costo real del tratamiento	Costo del tratamiento después del descuento de Choice Plus Network	Beneficio del plan (plan HPG Preferred 4000)	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 (\$28 pagados al miembro)	\$75
Radiografía para pacientes ambulatorios (2 pruebas)	\$1,090	\$238	\$150	\$88	\$940
Centro para pacientes ambulatorios (1 día)	\$12,031	\$2,632	\$2,000	\$632	\$10,031
Sala de emergencias (1 visita)	\$5,770	\$2,400	\$500	\$1,900	\$5,270
Admisión al hospital y habitación/comida (6 noches, estadía estándar)	\$15,600	\$6,425	\$27,000	\$0 (\$20,575 pagados al miembro)	\$0 (\$11,400 pagados al miembro)

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

Más información sobre cómo presentar un reclamo

Cuando presenta su tarjeta de ID del plan a su proveedor dentro de la red, este presenta el reclamo ante nosotros y nosotros le enviamos el pago del beneficio. El proveedor aplicará el pago al monto que usted adeuda por el servicio prestado. Esto, además del descuento en la red, ayuda a reducir su factura final y disminuye los gastos totales de su bolsillo. Si el pago del beneficio aprobado es mayor que el costo de la cobertura, incluso después del descuento, le enviaremos un cheque por correo por la diferencia. Si no usa un proveedor de la red, puede presentar su reclamo directamente a nosotros. Consulte su póliza para obtener más información o visite uhcmemberhub.com. (consulte la página 9.)

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

Detalles de los beneficios hospitalarios y ambulatorios

Todos los beneficios, incluidos los máximos, son por cada persona, por cada año calendario.		Select 2000	Preferred 4000	Premier 5000
Servicios hospitalarios				
Reclusión en Hospital para Pacientes Hospitalizados por Enfermedad/Lesión¹ (días ilimitados)	Año 1, pagamos: Año 2, pagamos: ²	\$2,000 por cada día \$4,000 por cada día	\$4,000 por cada día \$8,000 por cada día	\$5,000 por cada día \$10,000 por cada día
Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) o Unidad de Cuidados Críticos (CCU)³	Pagamos:	\$2,000 por cada día (máximo 60 días)	\$4,000 por cada día (máximo 60 días)	\$5,000 por cada día (máximo 60 días)
Beneficio de Admisión al Hospital: Primer Día de Hospitalización¹	Pagamos:	\$2,000 por cada día (máximo 1 día)	\$3,000 por cada día (máximo 1 día)	\$3,000 por cada día (máximo 1 día)
Visita al Médico como Paciente Hospitalizado	Pagamos:	\$100 por cada día (máximo 1 visita por cada día)	\$100 por cada día (máximo 1 visita por cada día)	\$100 por cada día (máximo 1 visita por cada día)
Sala de Emergencias	Pagamos:	\$300 por cada día (máximo 3 días)	\$500 por cada día (máximo 3 días)	\$1,000 por cada día (máximo 3 días)
Ambulancia (máximo de traslados combinados de cualquier tipo)		1 viaje	1 viaje	1 viaje
Ambulancia Terrestre/Acuática	Pagamos:	\$1,000 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
Beneficios quirúrgicos (representan un rango de 7 niveles quirúrgicos; consulte la página 7 para obtener más detalles)				
Procedimiento Quirúrgico (días ilimitados)	Pagamos:	\$250-\$25,000 por cada día	\$375-\$37,500 por cada día	\$500-\$50,000 por cada día
Centro para Pacientes Ambulatorios	Pagamos:	\$1,000 por cada día (máximo 10 días)	\$2,000 por cada día (máximo 10 días)	\$4,000 por cada día (máximo 10 días)
Pruebas de Laboratorio para Pacientes Ambulatorios (máximo de combinados de cualquier tipo)		10 pruebas	10 pruebas	10 pruebas
Pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Pagamos:	\$30 por cada prueba	\$50 por cada prueba	\$50 por cada prueba
Radiografías y Otras Pruebas Diagnósticas para Pacientes Ambulatorios (ecografía, electrocardiograma [EKG], electroencefalograma [EEG], angiograma, arteriograma, prueba de esfuerzo con talio y mielografía)	Pagamos:	\$50 por cada prueba	\$75 por cada prueba	\$75 por cada prueba
Pruebas diagnósticas y diagnóstico por imágenes de Nivel 2 para pacientes ambulatorios (imágenes por resonancia magnética [MRI]/tomografía por emisión de positrones [PET]/tomografía axial computarizada [CAT])	Pagamos:	\$400 por cada prueba	\$400 por cada prueba	\$1,000 por cada prueba
Quimioterapia para pacientes ambulatorios				
Quimioterapia Oral	Pagamos:	\$1,000 por cada mes (máximo 3 meses)	\$1,000 por cada mes (máximo 3 meses)	\$2,000 por cada mes (máximo 6 meses)
Quimioterapia para Pacientes Ambulatorios, Radiación e Inmunoterapia No Oral	Pagamos:	\$1,000 por cada día (máximo 40 días)	\$2,000 por cada día (máximo 40 días)	\$2,500 por cada día (máximo 60 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 enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹ Incluye estadías en unidad de observación de 24 horas o más. ² Este aumento de beneficios no se aplica a la internación hospitalaria por enfermedad. Los beneficios por lesiones aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero, luego de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento ocurre solo una vez. ³ Los montos de los beneficios de unidad de cuidados intensivos (ICU)/unidad de cuidados críticos (CCU) se suman a los beneficios de Reclusión en hospital como paciente hospitalizado.

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

Todos los máximos de beneficios son por cada persona, por cada año calendario.		Select 2000	Preferred 4000	Premier 5000
Bienestar				
Examen Físico	Pagamos:	\$100 por cada examen (máximo 1)	\$125 por cada examen (máximo 1)	\$150 por cada examen (máximo 1)
Pruebas de Laboratorio de Detección y de Diagnóstico	Pagamos:	\$100 por cada prueba (máximo 2)	\$100 por cada prueba (máximo 2)	\$100 por cada prueba (máximo 2)
Radiografía para Examen Médico	Pagamos:	\$100 por cada prueba (máximo 1)	\$100 por cada prueba (máximo 1)	\$100 por cada prueba (máximo 1)
Vacuna Antigripal para Adultos (mayores de 18 años)	Pagamos:	\$25 por cada vacuna (máximo 1)	\$25 por cada vacuna (máximo 1)	\$25 por cada vacuna (máximo 1)
Vacunas para Niños/Vacuna Antigripal (menores de 18 años)	Pagamos:	\$25 por cada vacuna (máximo 4)	\$25 por cada vacuna (máximo 4)	\$25 por cada vacuna (máximo 4)
Tratamientos de Alergia Infantil (menores de 18 años)	Pagamos:	\$10 por cada tratamiento (máximo 10)	\$10 por cada tratamiento (máximo 10)	\$10 por cada tratamiento (máximo 10)
Examen de Densidad Ósea (mayores de 40 años)	Pagamos:	\$150 por cada examen (máximo 1)	\$150 por cada examen (máximo 1)	\$150 por cada examen (máximo 1)
Mamografía (mujeres mayores de 30 años)	Año 1, pagamos:	\$150 por cada examen (máximo 1)	\$200 por cada examen (máximo 1)	\$200 por cada examen (máximo 1)
	Año 2, pagamos ¹ :	\$225 por cada examen (máximo 1)	\$300 por cada examen (máximo 1)	\$300 por cada examen (máximo 1)
Prueba de Papanicolaou (mujeres mayores de 18 años) o prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) (hombres mayores de 40 años)	Año 1, pagamos:	\$100 por cada examen (máximo 1)	\$100 por cada examen (máximo 1)	\$100 por cada examen (máximo 1)
	Año 2, pagamos ¹ :	\$150 por cada examen (máximo 1)	\$150 por cada examen (máximo 1)	\$150 por cada examen (máximo 1)
Electrocardiograma (EKG) (mayores de 40 años)	Pagamos:	\$100 por cada prueba (máximo 1)	\$100 por cada prueba (máximo 1)	\$100 por cada prueba (máximo 1)
Electrocardiograma (EKG) de Esfuerzo (mayores de 40 años)	Pagamos:	\$125 por cada prueba (máximo 1)	\$125 por cada prueba (máximo 1)	\$125 por cada prueba (máximo 1)
Colonoscopia (mayores de 50 años preventiva; o cualquier edad si está relacionada con una enfermedad)	Pagamos:	\$500 por cada examen (máximo 1)	\$750 por cada examen (máximo 1)	\$750 por cada examen (máximo 1)
Visitas al consultorio (máximo de visitas al consultorio, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	4 visitas 6 visitas	6 visitas 8 visitas	10 visitas 12 visitas
Visitas al Consultorio Médico	Pagamos:	\$80 por cada visita	\$100 por cada visita	\$150 por cada visita
Visitas al Consultorio de un Especialista (SP)/ Visitas de Cuidado de Urgencia (UC)	Pagamos:	\$100 por cada visita	\$125 por cada visita	\$150 por cada visita a SP \$200 por cada visita a UC
Visitas al Consultorio con Cirugía en el Consultorio, en lugar de Visitas al Médico/ Especialista/de Cuidado de Urgencia	Pagamos:	\$200 por cada visita	\$225 por cada visita	\$250 por cada visita
Visitas terapéuticas				
Visitas al Quiropráctico/Fisioterapeuta/ Terapeuta Ocupacional/Terapeuta del Habla	Pagamos:	\$35 por cada visita (máximo 10 visitas)	\$45 por cada visita (máximo 10 visitas)	\$75 por cada visita (máximo 10 visitas)
Medicamentos con receta (máximo de surtidos, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	12 surtidos 17 surtidos	12 surtidos 17 surtidos	20 surtidos 25 surtidos
Medicamentos con Receta de Marca	Pagamos:	\$40 por cada surtido	\$60 por cada surtido	\$60 por cada surtido
Medicamentos con Receta Genéricos	Pagamos:	\$10 por cada surtido	\$20 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 enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹Los beneficios aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero, luego de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento ocurre solo una vez.

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

Cómo se determinan los niveles quirúrgicos

Cada plan tiene un programa quirúrgico de 7 niveles basado en la unidad de valor relativo¹ del procedimiento que se está realizando. El monto del nivel respectivo se pagará cada día que una persona cubierta requiera cirugía ambulatoria u hospitalaria² según las indicaciones de un médico. Si la cirugía corresponde a varios niveles, pagaremos el monto mayor y si se realizan varias cirugías en un solo día, pagaremos un monto por el procedimiento de mayor nivel.

	Select 2000	Preferred 4000	Premier 5000
Beneficios Quirúrgicos			
Los ejemplos de niveles de cirugía son solo para fines ilustrativos.			
Nivel 1 Las cirugías de trasplantes por insuficiencia de órganos principales y daño de tejidos se pagan una vez por cada uno de los siguientes tipos de órganos principales durante la vida de la persona cubierta: hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas, médula ósea, células madre o intestino delgado.	Pagamos: \$25,000	\$37,500	\$50,000
Nivel 2 Cirugías como cirugía de vasos intracraneales o extracción del esófago.	Pagamos: \$10,000	\$15,000	\$20,000
Nivel 3 Cirugías como endoscopia, extracción parcial del páncreas o reemplazo de la válvula mitral.	Pagamos: \$5,000	\$7,500	\$10,000
Nivel 4 Cirugías como fusión de la columna lumbar, colectomía o reparación de la válvula mitral.	Pagamos: \$2,500	\$3,750	\$5,000
Nivel 5 Cirugías como artroplastia total de rodilla/cadera o cirugía de disco de la zona lumbar.	Pagamos: \$1,250	\$1,875	\$2,500
Nivel 6 Cirugías como apendicectomía, reconstrucción de rodilla/hombro o cirugía del túnel carpiano.	Pagamos: \$500	\$750	\$1,000
Nivel 7 Cirugías como extracción de las amígdalas y adenoides, biopsia de mama o creación de abertura timpánica (tubos del oído).	Pagamos: \$250	\$375	\$500
Cirujano Asistente (se paga por cada día, cuando una cirugía cubierta lo requiera)	Pagamos: 20% de beneficios quirúrgicos	20% de beneficios quirúrgicos	20% de beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo (se paga por cada día)	Pagamos: 30% de beneficios quirúrgicos	30% de beneficios quirúrgicos	30% de beneficios quirúrgicos

Los beneficios están sujetos a enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹La unidad de valor relativo (relative value unit, RVU) es el valor del servicio/procedimiento en relación con todos los demás servicios/procedimientos basados en el trabajo, los gastos de la práctica y los gastos por mala praxis. Estos son establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). El mapeo de niveles específicos y el monto del reembolso están determinados por el código de Terminología de Procedimientos Actuales (Current Procedural Terminology, CPT) de la cirugía. ²Cirugía significa un procedimiento de diagnóstico invasivo realizado por un médico mientras la persona cubierta está bajo anestesia; o el tratamiento de una enfermedad o lesión de una persona cubierta mediante operaciones manuales o instrumentales, realizadas por un médico mientras la persona cubierta está bajo anestesia general, regional o local, o sedación consciente. No se considera una cirugía: extracción de sangre, tatuajes o eliminación de tatuajes, tratamiento estético (a menos que forme parte de una cirugía reconstructiva), inyecciones (que no sean inyecciones en la columna vertebral), tratamientos experimentales o de investigación, embarazo y parto, ni procedimientos de colonoscopia. La anestesia no incluye la anestesia tópica.

Más formas de ayudarle a ahorrar dinero

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



Telesalud: HealthiestYou de Teladoc Health¹

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

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



Descuentos en medicamentos con receta con Optum Perks²

Hay una forma sencilla de ahorrar **entre un 30% y un 80% en medicamentos con receta** con una tarjeta de descuento para medicamentos con receta de Optum Perks. Simplemente visite perks.optum.com/uho para imprimir su tarjeta o enviarla a su teléfono. Allí también puede comparar precios de medicamentos con receta en tiendas cerca de usted. Para 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 únicamente un programa de descuentos y está disponible para el público en general.



Red nacional de ahorro³

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

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

¹ HealthiestYou de Teladoc Health y UnitedHealthcare no están afiliadas, y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Este programa específico no es un seguro; no se pagan beneficios por el uso de este servicio. ² Según el precio habitual de la farmacia. El ahorro real puede variar.

³ Los ahorros promedio se basan en los datos económicos y de precios de atención médica de E&I de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio entre servicios combinados para pacientes ambulatorios y hospitalizados. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.



Centro de Información para Miembros de UHC

Administre su plan Health ProtectorGuard con UHC Member Hub



Conecte con su plan

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

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

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

Exclusiones y Limitaciones

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

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

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

Disposiciones del Plan

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

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

Requisitos de Participación

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

Declaración Incorrecta de la Edad, Género o Consumo de Tabaco

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

Aviso de Reclamo

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

Prima

Las tarifas de las primas están garantizadas durante 12 meses y luego están sujetas a cambios. La edad, el género y la condición de consumidor de tabaco de una persona cubierta, así como el tipo y nivel de cobertura, son algunos factores que podrían utilizarse para determinar la tarifa de su prima. 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 como consecuencia 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.

Enfermedades Preexistentes

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

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

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

Renovabilidad y Cancelación

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

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

Disposiciones del Plan (continuación)

Este es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Derecho de Evaluación

Para nosotros es importante que usted esté satisfecho con la cobertura que le brindamos. Este producto tiene un período de derecho de evaluación, también conocido comúnmente como “período de prueba gratuita”.

Después de presentar la solicitud y de que se emita su póliza, si considera que la cobertura no satisface sus necesidades de seguro, puede devolvernos la póliza en un plazo no mayor a 10 días (o según lo dispuesto por el estado) y solicitar el reembolso de la prima pagada. Consulte la póliza para obtener información detallada.

Suscripción

Los planes de seguros están sujetos a una evaluación de salud. Si proporciona información incorrecta o incompleta en su solicitud de seguro, su cobertura puede anularse o sus reclamos pueden rechazarse.

Diferencias entre Estados

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

Alabama

Formulario de póliza HPG3-GRI-01

- No aplica una declaración incorrecta del género o consumo de tabaco.

Alaska

Formulario de póliza HPG3-GRI-50

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

Arizona

Formulario de póliza HPG3-GRI-02

- No 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 al encarcelamiento en una prisión estatal o federal.

Arkansas

Formulario de 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.

Delaware

Formulario de póliza HPG3-GRI

- La edad máxima de emisión es de 60 años.

Florida

Formulario de 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 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 Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Georgia

Formulario de póliza HPG3-GRI-10

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

Hawaii

Formulario de póliza HPG3-GRI-51

- No hay variaciones estatales.

Illinois

Formulario de 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” significa la persona con la que está legalmente casado o su conviviente civil según la ley de Illinois. Parte de una unión civil significa una persona que ha establecido una unión civil conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois.
- 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 semiprofesionales 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.).
- Las referencias a declaraciones erróneas o tergiversaciones se refieren a declaraciones erróneas o tergiversaciones “intencionales”.

Indiana

Formulario de póliza HPG3-GRI-13

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

Iowa

Formulario de póliza HPG3-GRI-14

- No hay variaciones estatales.

Kentucky

Formulario de póliza HPG3-GRI-16.

- En la disposición de Aviso de reclamo, debemos recibir el aviso de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Diferencias entre Estados (continuación)

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

Lousiana

Formulario de póliza HPG3-GRI-17

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

Maine

Formulario de póliza HPG3-GRI-18

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

Maryland

Formulario de póliza HPG3-GRI-19

- La edad máxima de emisión es de 60 años.
- Las siguientes exclusiones no se aplican:
 - Cuando la persona cubierta participa en disturbios.
 - Cuando la persona cubierta comete o intenta cometer un delito, así sea declarada culpable o no.
 - Una pérdida 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 la pérdida, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o el consumo voluntario de cualquier medicamento de venta libre, a menos que se tome de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante.
 - Toda pérdida relacionada 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 ninguna pérdida causada por los gastos de una remisión no permitida, que resulte de estos o se relacione con estos, como lo exigen las leyes y las normas de Maryland.
- No pagaremos beneficios en virtud de la póliza por una pérdida que se manifieste debido a una Enfermedad Preexistente o complicaciones resultantes de una Enfermedad Preexistente, o que resulte de estas, sea causada por estas o haya contribuido de otra manera a estas, a menos que ocurra lo siguiente:

- La Enfermedad Preexistente de una persona cubierta nos fue divulgada en su totalidad en su solicitud de seguro conforme a la póliza; y
- La cobertura de la Enfermedad Preexistente no ha sido excluida ni limitada por nombre o descripción específica en una cláusula adicional de exención firmada adjunta a la póliza.
- Si una persona cubierta 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 por esta póliza.Sin embargo, no se proporcionan beneficios en virtud de esta disposición si esta póliza se cancela debido a lo siguiente:
 - Una petición suya;
 - Fraude o tergiversación material de su parte; o
 - Su no pago de las primas obligatorias en la fecha de vencimiento; o
 - La cobertura se proporciona a una persona cubierta mediante un plan de beneficios de salud sucesivo que: se proporcione a una persona cubierta a un costo menor o igual que el costo que pagaría la persona cubierta por el beneficio extendido proporcionado bajo esta disposición;
 - Y no resulta en una interrupción de los beneficios.
- En la disposición de Cambio de Prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Michigan

Formulario de póliza HPG3-GRI-21

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

Diferencias entre Estados (continuación)

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

Minnesota

Formulario de póliza HPG3-GRI-22

- No hay variaciones estatales.

Mississippi

Formulario de póliza HPG3-GRI-23

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

Missouri

Formulario de póliza HPG3-GRI-24

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

Nebraska

Formulario de póliza HPG3-GRI-26

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

Nevada

Formulario de póliza HPG3-GRI-27

- “Cónyuge” significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión libre.
- La exclusión no se aplica a una persona cubierta que se encuentre en estado de embriaguez según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección:
 - Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en

que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza; o

- O bien, que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

North Carolina

Formulario de póliza HPG3-GRI-32

- La exclusión por siniestro como resultado de cualquier acto de guerra declarada o no declarada no se aplica a los actos de terrorismo.
- La exclusión por tratamientos estéticos no se aplica a los defectos y las anomalías congénitos.
- “Enfermedad preexistente” significa aquellas enfermedades para las cuales una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Ohio

Formulario de póliza HPG3-GRI-34

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

Oklahoma

Formulario de póliza HPG3-GRI-35

- El período de derecho de evaluación es de 30 días.
- La exclusión por acto de guerra se aplica a lo siguiente: Cualquier acto de guerra declarada o no declarada mientras presta servicio militar o naval, o en cualquier unidad auxiliar, de los Estados Unidos, que incluye, entre otros: 1. el servicio como miembro de un componente regular o de reserva del Ejército, la Fuerza Aérea, la Marina, la Guardia Costera o el Cuerpo de Marines de EE. UU.; 2. el servicio como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica; o 3. el servicio militar o naval en una organización militar auxiliar, que incluye, entre otros, la Guardia Costera Auxiliar, la Reserva Temporal de la Guardia Costera, la Guardia Costera Auxiliar Civil de la Policía Militar o la Patrulla Aérea Civil.
- La exclusión por intoxicación se sustituye por lo siguiente: un siniestro sufrido bajo la influencia de

Diferencias entre Estados (continuación)

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

narcóticos ilegales o sustancias controladas a menos que hayan sido administradas o recetadas por un médico.

- La exclusión para la operación de taxi o transporte de pasajeros no se aplica.
- 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 semiprofesionales 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.) no se aplica.

Rhode Island

Formulario de póliza HPG3-GRI-38

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

South Carolina

Formulario de póliza HPG3-GRI-39

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

Tennessee

Formulario de póliza HPG3-GRI-41

- Las visitas de quiropraxia se reembolsan como visitas al consultorio del médico y no incluyen el beneficio separado para “visita de quiropraxia” en Visitas terapéuticas.
- La exclusión por un siniestro relacionado con la práctica de un aborto se sustituye por lo siguiente: 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).

Texas

Formulario de póliza HPG3-GRI-42(R)

- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Hospitalización durante el primer viernes o sábado de una estadía en el hospital que comience uno de esos días, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación,

carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.

- Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- Servicios prestados por 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 póliza HPG3-GRI-43

- 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 un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
 - Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Virginia

Formulario de póliza HPG3-GRI-45

- No aplica una declaración incorrecta de las disposiciones sobre el género y el consumo de tabaco. Si la edad se declara de forma incorrecta, los beneficios serán los que la prima pagada hubiera adquirido a la edad correcta.
- En lo que respecta a la exclusión por tratamiento estético, la cirugía estética no incluirá la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental o posterior a la cirugía resultante de trauma, infección u otras enfermedades de la parte involucrada y la cirugía reconstructiva por enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto que haya dado lugar a un defecto funcional.

Diferencias entre Estados (continuación)

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

- La exclusión por intoxicación se aplica a un siniestro resultante de que la persona cubierta se encuentre en estado de embriaguez, según lo definido por la ley estatal correspondiente en el estado en el que ocurrió el siniestro; si la persona asegurada está borracha o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que lo tome por consejo de un médico.
 - La exclusión por embarazo o parto no se aplica al embarazo posterior a un acto de violación cuando se denuncia a la policía en un plazo no mayor de 7 días desde que ocurrió; o hasta 180 días por un acto de violación o incesto de una niña menor de 13 años.
 - La exclusión por una lesión sufrida mientras se encontraba en una aeronave no comercial se aplica solo si opera la aeronave.
 - La exclusión por cualquier siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales o abuso de sustancias se sustituye por lo siguiente: Cualquier siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales, adicción a drogas y alcoholismo.
 - Los beneficios de las visitas al consultorio se limitan únicamente a las visitas al consultorio médico que no se relacionen solamente con tratamientos alternativos, incluidos la acupresión, la acupuntura, la aromaterapia, el hipnotismo, la terapia de masajes, el método Rolfing y otras formas de tratamiento alternativo según lo define la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de la Salud.
 - No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionadas.
 - 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 sexual.
 - Tratamiento de Infertilidad.
 - Operar un taxi o cualquier otro medio de transporte de pasajeros a cambio de salario, remuneración o beneficio.
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
 - Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/ submarinismo (60 pies o más de profundidad).
 - Cualquier siniestro sufrido mientras la persona cubierta esté encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención.
 - Tratamientos experimentales o de investigación.
- ## West Virginia
- Formulario de póliza HPG3-GRI-47
- No hay variaciones estatales.
- ## Wisconsin
- Formulario de 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=52001OCWI-G202506.pdf>
 - “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección tergiversada o no completamente divulgada en la solicitud de seguro:
 - Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza; o
 - Que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.
 - En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.
- ## Wyoming
- Formulario de póliza HPG3-GRI-49
- No aplica una declaración incorrecta de las disposiciones sobre el género y el consumo de tabaco.
 - “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de esta póliza.
 - En la disposición de Aviso de reclamo, debemos recibir el Aviso de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

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/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-SP.pdf>).

Condiciones previas a la cobertura (se aplican 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 persona asegurada propuesta; y (c) es aceptada por la persona asegurada propuesta

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.