

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Límite de cobertura / Importe Máximo de los Gastos Médicos Elegibles	
<b>Certificado Período de Cobertura</b>	<b>Límite Máximo: 365 días</b>
<b>Límite Máximo</b>	<b>\$5,000,000</b>
<b>Límite por enfermedad o lesión</b>	<b>Consulte la póliza (\$100.000 - \$250.000 - \$500.000)</b>
<b>Los límites por enfermedad o lesión se acumulan para el Límite Máximo.</b>	
Área de Cobertura	En todo el mundo, excluyendo el país de residencia
Deducible por Gastos Médicos Elegibles	
Deducible	Consulte la póliza ( <b>\$0 - \$100 - \$250 - \$500</b> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por enfermedad o lesión</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago en el Centro de Salud para Estudiantes</li> <li>No está sujeto al Deducible por Enfermedad/Lesión</li> </ul>	\$5
Coaseguro por Gastos Médicos Elegibles	
Coaseguro	El Plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Además del Deducible</li> </ul>	La persona asegurada paga 0%
Pre-certificación	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traslado de ambulancia entre centros: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación.</li> <li>Evacuación médica: No hay cobertura si no es aprobada por la Compañía. Consulte la disposición de EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA para conocer los requisitos completos y la cobertura.</li> <li>Todos los demás tratamientos y suministros: reducción del cincuenta por ciento (50%) de los gastos médicos admisibles si no se cumplen los requisitos de precertificación. Sanción máxima: 1.000 \$.</li> <li>El deducible se aplica después de la reducción.</li> <li>El coaseguro se aplica al resto del importe reducido.</li> <li>Consulte la cláusula de requisitos de precertificación para obtener una lista completa de los servicios que requieren Pre-certificación..</li> </ul>	
Condiciones Preexistentes	
<p>Los cargos resultantes directa o indirectamente de o relacionados con cualquier Condición Preexistente que haya existido dentro de los treinta y seis (36) meses anteriores a la Fecha de Efecto están excluidos hasta que la Persona Asegurada haya permanecido doce (12) meses con una cobertura continua bajo este seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite del Período de Cobertura (después de 12 meses): \$500</li> <li>Límite Máximo: \$1,500</li> </ul>	
Servicios de hospitalización o ambulatorios	
Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los Gastos Médicos Elegibles se ajustan a los límites usuales, razonables y habituales por Período de Cobertura a menos que se indique un límite máximo	
Beneficio	Cobertura
Gastos Médicos Elegibles	100%
Visita del médico/especialista <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de Visitas por día: 1 (a menos que la visita sea para una especialidad médica/quirúrgica diferente)</li> </ul>	100%
Atención de Urgencia <ul style="list-style-type: none"> <li>No sujeta a Deducible</li> <li>Copago: \$50</li> <li>El copago no es aplicable si la póliza establece un Deducible de \$0</li> </ul>	100%

### Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario

Los Gastos Médicos Eligibles se ajustan a los límites usuales, razonables y habituales por Período de Cobertura a menos que se indique un límite máximo

Beneficio	Cobertura
Clínica sin cita previa <ul style="list-style-type: none"> <li>No sujeta a Deducible</li> <li>Copago: \$20</li> <li>El copago no es aplicable si la póliza establece un Deducible de \$0</li> </ul>	100%
Urgencias del hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión: No está sujeta al deducible de la sala de emergencias</li> <li>Enfermedad: Sujeto a un Deducible de \$250 por cada visita a la Sala de Emergencia para un Tratamiento que no resulte en una admisión directa al Hospital.</li> </ul>	100%
Hospitalización / Alojamiento y comida <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarifa media de la habitación semiprivada</li> <li>Incluye servicios de enfermería, varios y auxiliares</li> </ul>	100%
Cuidados intensivos	100%
Visita de familiar <ul style="list-style-type: none"> <li>No sujeta a Deducible</li> <li>Límite Máximo: \$1,500</li> <li>Hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos</li> <li>consulte la cláusula de visita de familiar</li> </ul>	100%
Cirugía ambulatoria / Instalación Hospitalaria	100%
Laboratorio	100%
Radiología / X-ray	100%
Pruebas de admisión	100%
Cirugía	100%
Cirugía reconstructiva <ul style="list-style-type: none"> <li>La cirugía es accesoria o posterior a una cirugía cubierta por el plan</li> </ul>	100%
Cirujano asistente <ul style="list-style-type: none"> <li>20% de los honorarios elegibles del cirujano principal</li> </ul>	100%
Anestesia	100%
Equipamiento Médico Duradero	100%
Atención quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> <li>Requiere autorización médica o un plan de tratamiento</li> </ul>	100%
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de Visitas por día: 1</li> <li>Requiere autorización médica o un plan de tratamiento</li> </ul>	100%
Centro de cuidados prolongados <ul style="list-style-type: none"> <li>Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos</li> </ul>	100%
Cuidados de enfermería a domicilio <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionado por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio</li> <li>Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos</li> </ul>	100%

<b>Fármacos y medicamentos con receta</b> Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por Período de Cobertura	
Beneficio	Cobertura
<b>El siguiente límite de Fármacos y Medicamentos con Receta durante el período de cobertura se acumula para el Límite Máximo</b>	
Fármacos y medicamentos con receta <ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenidos a través de la farmacia minorista, la cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las urgencias y las consultas externas</li> <li>Máximo de dispensación para la farmacia minorista: 90 días por prescripción</li> </ul>	Límite del periodo de cobertura: \$250,000 por persona 100%
<b>Mental o nervioso / abuso de sustancias</b> Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo	
Hospitalización mental o nerviosa / abuso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite Máximo: \$10,000</li> <li>No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes</li> </ul>	100%
Consulta externa mental o nerviosa / abuso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite máximo por día: \$50</li> <li>Límite máximo: \$500</li> <li>No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes</li> </ul>	100%
<b>Servicios de emergencia</b> NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo	
Ambulancia local de emergencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a Deducible</li> <li>Lesiones</li> <li>Enfermedad que ha dado lugar a un ingreso en el hospital</li> </ul>	100%
Evacuación médica de urgencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite máximo: \$50,000</li> <li>Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía</li> </ul>	100%
Reunión de emergencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite máximo: \$15,000</li> <li>Máximo de días: 15</li> <li>Comida máxima por día: \$25</li> <li>Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios</li> <li>Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía</li> </ul>	100%
Traslado en ambulancia entre centros <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta el límite por lesión o enfermedad</li> <li>Servicios prestados en Estados Unidos</li> <li>El traslado debe ser consecuencia de un ingreso hospitalario</li> </ul>	100%

<b>Servicios de emergencia</b>																	
NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo																	
Benefit	Coverage																
Evacuación y repatriación política <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite máximo: \$10,000</li> <li>• Debe ser aprobado previamente por la Compañía</li> </ul>	100%																
Repatriación de los restos mortales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite máximo: \$25,000</li> <li>• Entierro local / incineración en el lugar del fallecimiento. Límite Máximo: \$5,000</li> <li>• Retorno de los restos mortales de la persona asegurada al país de residencia</li> <li>• Debe ser aprobado previamente por la Compañía</li> </ul>	100%																
<b>Otros Servicios</b>																	
NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo																	
Fallecimiento accidental y desmembramiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suma máxima Principal: \$25,000</li> <li>• El fallecimiento debe producirse en los 90 días siguientes al accidente</li> </ul>	Fallecimiento Accidental: 100% de la suma principal  Desmembramiento Accidental: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Pérdida</u></th> <th style="text-align: right;"><u>Porcentaje de la suma Principal</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vista de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">50%</td> </tr> <tr> <td>1 mano o 1 pie</td> <td style="text-align: right;">50%</td> </tr> <tr> <td>1 mano y pérdida de visión de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>1 pie y pérdida de visión de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>1 mano y 1 pie</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>Ambas manos o pies</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>Vista de ambos ojos</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Pérdida</u>	<u>Porcentaje de la suma Principal</u>	Vista de 1 ojo	50%	1 mano o 1 pie	50%	1 mano y pérdida de visión de 1 ojo	100%	1 pie y pérdida de visión de 1 ojo	100%	1 mano y 1 pie	100%	Ambas manos o pies	100%	Vista de ambos ojos	100%
<u>Pérdida</u>	<u>Porcentaje de la suma Principal</u>																
Vista de 1 ojo	50%																
1 mano o 1 pie	50%																
1 mano y pérdida de visión de 1 ojo	100%																
1 pie y pérdida de visión de 1 ojo	100%																
1 mano y 1 pie	100%																
Ambas manos o pies	100%																
Vista de ambos ojos	100%																
Tratamiento Dental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite del periodo de cobertura: \$350 (Tratamiento debido a un dolor inesperado en los dientes sanos y naturales)</li> <li>• Período de cobertura Límite por lesión: \$500 (Tratamiento no urgente en un proveedor dental debido a un accidente)</li> </ul>	100%																
Lesión dental traumática <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a deducible y coaseguro</li> <li>• Hasta el límite máximo</li> <li>• Tratamiento en un hospital por accidente</li> <li>• El tratamiento adicional por la misma lesión, prestado por un proveedor dental, se pagará al 100%.</li> </ul>	100%																
Viaje ocasional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo de días: 14</li> <li>• El país de residencia está fuera de Estados Unidos</li> <li>• Consulte la cláusula de VIAJE OCASIONAL para más detalles</li> </ul>	100%																
Terrorismo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite Máximo: \$50,000</li> </ul>	100%																