

Global Medical Insurance Platinum



AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN ASEQUIBLE (PPACA):

Este seguro no está sujeto a la PPACA ni proporciona los beneficios requeridos por la misma. La PPACA exige a los ciudadanos de los Estados Unidos, a los nacionales de los Estados Unidos y a los extranjeros residentes que obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de la misma. Se pueden imponer sanciones a las personas que estén obligadas a mantener una cobertura que cumpla con la PPACA y no lo hagan.

La elegibilidad para adquirir o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede ser modificada o enmendada en función de los cambios en la legislación aplicable, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que es responsabilidad exclusiva de la persona asegurada determinar si los requisitos del seguro le son aplicables, y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo las sanciones en las que pueda incurrir la persona asegurada, por no haber obtenido la cobertura requerida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación la PPACA.

RESUMEN DE BENEFICIOS: MEDICOS

Límite de cobertura / Importe máximo de los gastos médicos elegibles				
Período de Cobertura	Límite Máximo: 365 días			
Area DE Cobertura	Area 2: Mundial excluyendo Estados Unidos, Canada, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwan.			
	Estados Unidos 30 días como máximo por Período de Cobertura sólo para emergencias de enfermedades o accidentes. El tratamiento en los Estados Unidos debe ser proporcionado por un médico, hospital u otro proveedor de atención médica dentro de la Red de Proveedores Preferidos (PPO).			
	Area 3: Mundial			
Máximo de por vida	\$8,000,000			
Medical Concierge • Sólo servicios no urgentes	El Asesoramiento Médico es un servicio patentado de IMG que ayuda a la persona asegurada a navegar por el sistema sanitario de Estados Unidos para identificar a los proveedores de mayor calidad para los tratamientos programados en régimen de hospitalización y determinados tratamientos ambulatorios. Consulte la disposición sobre el Asesoramiento Médico para más detalles.			
Características del Plan de Beneficios (Sujeto al Área de Cobertura indicada en la Declaración)				
Estados Unidos: 50 Estados y el Distrito de Columbia	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos	Internacional
Internacional: Territorios de Estados Unidos y países distintos de Estados Unidos	Medical Concierge	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Deducible por gastos médicos elegibles				
Deducible • Consulte la Declaración para conocer el importe del Deducible	50% reducción del Deducible o máximo de \$2,500	100% de Deducible	100% de Deducible	50% reducción del Deducible o máximo de \$2,500
Coaseguro por gastos médicos elegibles				
Coaseguro • Además del Deducible	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%	Plan paga el 80%. Asegurado paga 20%	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%
Máximo de gastos de bolsillo	\$0	\$0	\$1,000	\$0
Precertificación				
<ul style="list-style-type: none"> • Transplantes: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. • Traslado de ambulancia entre centros: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. • Evacuación médica: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. Consulte la cláusula de EVACUACIÓN MÉDICA para más detalles y requisitos. • Medicamentos huérfanos o biológicos: No hay cobertura si no está aprobado por escrito por la Compañía o el Administrador del Plan. • Todos los demás tratamientos y suministros: Reducción del 50% de los gastos médicos subvencionables si no se cumplen los requisitos de precertificación. • El deducible se aplica después de la reducción. • El coaseguro se aplica al resto del importe reducido. • Consulte la cláusula de REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACIÓN para obtener una lista completa de los servicios que requieren precertificación.. 				

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Gastos médicos elegibles	100%	100%	80%	100%
Visita al médico/especialista en régimen ambulatorio	No Aplicable	100%	80%	100%
Visitas médicas / Servicios	100%	100%	80%	100%
Consulta de Teladoc <ul style="list-style-type: none"> Sólo para los asegurados con cobertura en el área 3 La cobertura de una Consulta Teladoc no significa que cualquier condición específica discutida, planteada o identificada durante dicha consulta esté cubierta por este seguro. La Compañía se reserva el derecho de rechazar futuras reclamaciones relacionadas o derivadas de cualquier condición discutida, planteada o identificada durante una consulta de Teladoc cuando la enfermedad o lesión esté directa o indirectamente relacionada con cualquier condición preexistente o esté excluida de otra manera bajo este Certificado de Seguro. 	No Aplicable	100%	No Aplicable	No Aplicable
Urgencias hospitalarias: Estados Unidos <ul style="list-style-type: none"> Lesión: No está sujeta al deducible de la sala de emergencias Enfermedad: Sujeto a un Deducible de \$250 por cada visita a la Sala de Emergencia para un Tratamiento que no derive en una admisión directa al Hospital. 	No Aplicable	100%	80%	No Aplicable
Urgencias hospitalarias: Internacional	No Aplicable	No Aplicable	No Aplicable	100%
Hospitalización / Alojamiento y comida <ul style="list-style-type: none"> Tarifa media de las habitaciones privadas Incluye enfermería, los servicios diversos y los auxiliares 	100%	100%	80%	100%
Cuidados Intensivos	100%	100%	80%	100%
Cirugía / Centro hospitalario ambulatorio	100%	100%	80%	100%
Laboratorio	No Aplicable	100%	80%	100%
Radiología / Rayos X	100%	100%	80%	100%
Quimioterapia / Radioterapia	No Aplicable	100%	80%	100%
Pruebas de admisión	No Aplicable	100%	80%	100%
Cirugía	100%	100%	80%	100%
Cirugía Reconstructiva <ul style="list-style-type: none"> La cirugía es accesoria o posterior a una cirugía cubierta por el plan 	100%	100%	80%	100%
Cirujano asistente <ul style="list-style-type: none"> 20% de los honorarios elegibles del cirujano principal 	No Aplicable	100%	80%	100%

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Segunda opinión quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Pagable al 100% si lo solicita la Compañía • Reducción del 50% de los gastos médicos elegibles por no obtener una segunda opinión quirúrgica cuando la Compañía lo requiera 	No Aplicable	100%	80%	100%
Anestesia	No Aplicable	100%	80%	100%
Maternidad <ul style="list-style-type: none"> • Disponible después de 10 meses de cobertura continua • Deducible por maternidad: \$2,500 • Además del Deducible del plan • Máximo de por vida: \$50,000 	No Aplicable	100%	80%	100%
Cuidados del recién nacido / Trastornos congénitos <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$250,000 • Elegible si el embarazo está cubierto por el plan • Atención de rutina durante los primeros 31 días de vida, incluido el tratamiento médicamente necesario de los trastornos congénitos 	No Aplicable	100%	80%	100%
Bienestar del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> • No está sujeto a Deducible y Coaseguro • Límite Máximo: \$200 • Elegible si el embarazo está cubierto por el plan • Cuidados de rutina después de los 31 días de vida hasta los 12 meses 	No Aplicable	100%	100%	100%
Equipo médico duradero	No Aplicable	100%	80%	100%
Atención podológica <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$750 	No Aplicable	100%	80%	100%
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo por visita: \$50 • Máximo de visitas por día: 1 • Se requiere prescripción médica o un plan de tratamiento 	No Aplicable	100%	80%	100%
Centro de cuidados prolongados <ul style="list-style-type: none"> • En caso de traslado directo desde un centro de cuidados intensivos 	100%	100%	80%	100%
Cuidados de enfermería a domicilio <ul style="list-style-type: none"> • Porporcionado por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio • En caso de traslado directo desde un centro de cuidados intensivos 	100%	100%	80%	100%

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Hospicio <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Terminal – 6 meses de vida Centro de cuidados paliativos para pacientes internos Vivienda de la persona asegurada 	100%	100%	80%	100%
Transplante <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo de por vida: \$2,000,000 Límite máximo de Transplante: 1 Costes de obtención y extracción de órganos Máximo de por vida: \$20,000 Viaje y alojamiento Gasto máximo de por vida: \$10,000 Trasplantes cubiertos: córnea, corazón, corazón/pulmón, pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, médula ósea alogénica o autóloga Sujeto a la cláusula de PRECERTIFICACIÓN DE TRASPLANTE y sólo cuando el tratamiento se realice dentro de la Red de Sistema de gestión de Trasplantes independiente aprobada por la Compañía 	100%	100%	No Aplicable	100%

Fármacos y medicamentos prescritos

NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Las siguientes categorías enumeradas a continuación se acumulan para el máximo de por vida.

Recetas de farmacia al por menor en Estados Unidos <ul style="list-style-type: none"> Los copagos son por suministro de 30 días Dispensación máxima por prescripción: 90 días 	La tarjeta Universal RX (URX) para medicamentos recetados DEBE utilizarse para todos los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en los Estados Unidos. Copagos en farmacias minoristas: Genérico: \$20 Marca (cuando el genérico no está disponible): \$40
Recetas de farmacias minoristas internacionales <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a Deducible Dispensación máxima por prescripción: 90 días 	Coaseguro: 100%
Programa de Servicios de Prescripción para Expatriados <ul style="list-style-type: none"> Los copagos son por suministro de 30 días Dispensación máxima por prescripción: 180 días 	Genérico: \$20 Marca no preferente: \$40 Información de contacto: <ul style="list-style-type: none"> Inscripción: a través de la página web del proveedor www.expatsps.com Envío de la receta: Correo electrónico (escanear la receta): epsmanager@universalrx.com Fax: +1.540.777.7184 Consultas/preguntas: Número de teléfono: +1.540.777.1450 Email: epsmanager@universalrx.com

Fármacos y medicamentos prescritos

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

La siguiente categoría se aplica al Límite Máximo del Período de Cobertura. El Límite Máximo se aplica al Límite Máximo de por vida.

Tratamiento hospitalario y ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos huérfanos o medicamentos biológicos, pero sólo cuando se cumplan TODOS los requisitos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aprobado por escrito por la Compañía o el Administrador del Plan ○ Es medicamento necesario y es la norma generalmente aceptada de la práctica médica, y ○ No es experimental ni de investigación 	Límite máximo: \$250,000 Para los medicamentos huérfanos o biológicos obtenidos a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia minorista de los Estados Unidos: Sujeto al deducible y al coaseguro indicados anteriormente • Farmacia minorista internacional: Sujeto al deducible y al coaseguro indicados anteriormente Para los medicamentos huérfanos o biológicos obtenidos a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico en régimen de hospitalización o ambulatorio: Sujeto a deducible y coaseguro
--	---

Cuidados preventivos

NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Cuidados preventivos para adultos <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 19 años • Límite máximo: \$500 	No Aplicable	100%	100%	100%
Cuidados preventivos para niños <ul style="list-style-type: none"> • 18 años y menores • Límite máximo: \$400 	No Aplicable	100%	100%	100%

Cuidado de la vista

NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Examen oftalmológico de rutina	Límite máximo cada 24 meses: \$100
Lentes correctoras, lentes de contacto, montura	Límite máximo cada 24 meses: \$150

Mental o Nervioso y Asesoramiento

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Mental o Nervioso <ul style="list-style-type: none"> • Después de 12 meses de cobertura continua • Límite máximo de por vida: \$50,000 	No Aplicable	100%	80%	100%
Asesoramiento sobre el duelo <ul style="list-style-type: none"> • No está sujeto a Deducible y Coaseguro • Límite máximo de por vida: \$300 • Asesoramiento 6 meses antes o después del fallecimiento de un familiar 	No Aplicable	100%	100%	100%

Servicios de emergencia

NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Ambulancia local de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Lesión • Enfermedad que ha derivado en un ingreso hospitalario 	No Aplicable	100%	100%	100%
Evacuación médica de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Hasta el límite máximo de por vida • Aprobada previamente y coordinada por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Reunión de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo de por vida: \$10,000 • Máximo de días: 15 • Límite máximo para comidas por día: \$25 • Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Traslado en ambulancia entre centros <ul style="list-style-type: none"> • Sólo en Estados Unidos • Traslado de un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado 	No Aplicable	100%	80%	No Aplicable
Evacuación y Repatriación política <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo de por vida: \$10,000 • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Transporte a distancia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$5,000 • Límite máximo de por vida: \$20,000 • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Repatriación de los restos mortales <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$50,000 • Límite máximo de entierro / cremación local: \$5,000 • Retorno de los restos mortales de la persona asegurada al país de residencia • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%

Otros servicios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Medicina complementaria <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo: \$500 Los servicios incluyen acupuntura, aromaterapia, herbalterapia, magnetoterapia, terapia de masaje y terapia de vitaminas 	No Aplicable	100%	100%	100%
Lesión dental traumática <ul style="list-style-type: none"> Hasta el límite máximo de por vida Tratamiento en un centro hospitalario por accidente El tratamiento adicional por la misma lesión, prestado por un proveedor dental, se pagará al 100%. 	No Aplicable	100%	80%	100%
Deportes en High School <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo de por vida: \$20,000 Incluye Deportes de contacto 	No Aplicable	100%	80%	100%
Cobertura preventiva para viajes saludables <ul style="list-style-type: none"> No está sujeto a Deducible y Coaseguro Adulto y niño Vacunas y medicamentos preventivos recetados por un médico dentro de los 30 días anteriores a la fecha de entrada en vigor inicial de la persona asegurada y antes de partir hacia cualquier destino Límite máximo de por vida: \$250 Consulte la cláusula de COBERTURA PREVENTIVA DE VIAJES SALUDABLES para obtener más detalles y requisitos 	No Aplicable	100%	100%	100%
Indemnización hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> No está sujeto a Deducible y Coaseguro Sólo Intenacional Sólo pacientes hospitalizados 	Hospital Privado <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo por noche: \$400 Límite Máximo: \$4,000 Hospital Público (estatal, gubernamental o de beneficencia) <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo por noche: \$500 Límite Máximo: \$5,000 El tratamiento que reciba la persona asegurada en un hospital público y que no suponga ningún gasto para el asegurado o la Compañía, estará sujeto al límite máximo del hospital público. El tratamiento que reciba la persona asegurada en un hospital público y cuyos gastos se presenten a la Compañía para su reembolso estará sujeto al límite máximo del hospital privado.			

Otros servicios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Accidente complementario <ul style="list-style-type: none"> • No está sujeto a Deducible y Coaseguro • Límite máximo por accidente: \$500 • Los gastos estarán sujetos al Deducible y al Coaseguro y se pagarán igual que cualquier otra Lesión una vez que se haya satisfecho el Límite Máximo 	No Aplicable	100%	100%	100%

RESUMEN DE BENEFICIOS: DENTAL

Límite de cobertura/importe máximo de los gastos dentales elegibles		
Período de cobertura Límite máximo	\$750	
Deducible	\$50	
<ul style="list-style-type: none"> Se aplica a los servicios de restauración menores y mayores 		
Servicios dentales		
Después de 6 meses de cobertura continua		
Servicios rutinarios		
NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida		
Beneficios	Coaseguro	
Servicios de diagnóstico y prevención <ul style="list-style-type: none"> Visitas preventivas y limpiezas: 2 (1 cada 6 meses) Exámenes radiográficos (incluyendo aletas de mordida posteriores): 2 (1 cada 6 meses) Tratamiento con flúor: 1 para chicos menores de 19 años 	El plan paga el 90%	El asegurado paga el 10%.
Tratamiento paliativo de urgencia	El plan paga el 90%	El asegurado paga el 10%.
Restauración menor		
Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida		
Radiografías <ul style="list-style-type: none"> Radiografías: 1 cada 3 años Radiografías de toda la boca, incluyendo radiografías panorámicas 	El plan paga el 70%	El asegurado paga el 30%
Cirugía oral	El plan paga el 70%	El asegurado paga el 30%
Endodoncias	El plan paga el 70%	El asegurado paga el 30%
Periodoncia <ul style="list-style-type: none"> Planificación de las raíces: 1 cada 2 años Cirugía periodontal: 1 cada 3 años 	El plan paga el 70%	El asegurado paga el 30%
Servicios de restauración menor <ul style="list-style-type: none"> Consulte la disposición sobre los GASTOS DENTALES ELEGIBLES para obtener más detalles y requisitos 	El plan paga el 70%	El asegurado paga el 30%
Restauración mayor		
Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida		
Servicios de restauración mayor <ul style="list-style-type: none"> Coronas, fundas, incrustaciones (en el mismo diente): 1 cada 5 años Se aplican limitaciones a los niños menores de 12 años Consulte la disposición sobre los GASTOS DENTALES ELEGIBLES para obtener más detalles y requisitos 	El plan paga el 50%	El asegurado paga el 50%

Restauración mayor

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Coaseguro	
<p>Prostodoncia</p> <ul style="list-style-type: none">• Dentaduras / puentes: 1 cada 5 años• Sustitución del material de la base de la dentadura o del rebase: 1 cada 3 años• Consulte la disposición sobre los GASTOS DENTALES ELEGIBLES para obtener más detalles y requisitos	El plan paga el 50%	El asegurado paga el 50%