



PATRIOT EXCHANGE PROGRAMSM
RESUMEN DE BENEFICIOS



Límite de cobertura / Importe Máximo de los Gastos Médicos Elegibles			
Certificado Período de Cobertura	Límite Máximo: 365 días		
Límite Máximo	\$5,000,000		
Límite por enfermedad o lesión	Consulte la póliza (\$100.000 - \$250.000 - \$500.000)		
Los límites por enfermedad o lesión se acumulan para el Límite Máximo.			
Área of Cobertura	En todo el mundo, excluyendo el país de residencia del asegurado		
Características del Plan de Beneficios			
Nivel de Beneficios	United States	United States	Internacional
	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Deducible por Gastos Médicos Elegibles			
Deducible	Consulte la póliza (\$100.000 - \$250.000 - \$500.000)		
<ul style="list-style-type: none"> Por enfermedad o lesión 			
Coaseguro por Gastos Médicos Elegibles			
Coaseguro	El Plan paga 90%	El Plan paga 80%	El Plan paga 100%
<ul style="list-style-type: none"> Además del Deducible 	El asegurado paga 10%	El asegurado paga 20%	El asegurado paga 0%
Máximo pago del asegurado	\$1,000	Hasta el límite máximo	\$0
Centro de Salud para Estudiantes			
Copago por visita	\$5		
<ul style="list-style-type: none"> No está sujeto al Deducible por Enfermedad/lesión El copago no es aplicable si la Póliza establece un Deducible de \$0. 			
Coaseguro	El Plan paga 100%		
	El asegurado paga 0%		
Pre-certificación			
<ul style="list-style-type: none"> Traslado de ambulancia entre centros: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. Evacuación médica de emergencia: 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. 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 \$. El deducible se aplica después de la reducción. El coaseguro se aplica al resto del importe reducido. Consulte la cláusula de requisitos de precertificación para obtener una lista completa de los servicios que requieren Pre-certificación. 			
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"> Límite del Periodo de Cobertura (después de 12 meses): \$500 Límite Máximo: \$1,500 			

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	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Gastos Médicos Elegibles	90%	80%	100%
Visita del médico/especialista <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por día: 1 (a menos que la visita sea para una especialidad médica/quirúrgica diferente) 	90%	80%	100%
Atención de Urgencia <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Copago: \$50 El copago no es aplicable si la Póliza establece un Deducible de \$0 	90%	80%	100%
Clínica sin cita previa <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Copago: \$20 El copago no es aplicable si la Póliza establece un Deducible de \$0 	90%	80%	100%
Servicio de Urgencias Hospitalarias <ul style="list-style-type: none"> Lesión: No está sujeta al deducible del servicio de urgencias. Enfermedad: Sujeto a un Deducible de \$500 por cada visita a la Sala de Emergencia para un Tratamiento que no resulte en una admisión directa al Hospital. 	90%	80%	100%
Hospitalización / Alojamiento y comida <ul style="list-style-type: none"> Tarifa media de la habitación semiprivada Incluye servicios de enfermería, varios y auxiliares 	90%	80%	100%
Cuidados Intensivos	90%	80%	100%
Visita de familiar <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Límite Máximo: \$1,500 Hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos consulte la cláusula de visita de familiar 	90%	80%	100%
Cirugía Ambulatoria / Instalación Hospitalaria	90%	80%	100%
Laboratorio	90%	80%	100%
Radiología / Rayos X	90%	80%	100%
Prueba de admisión	90%	80%	100%
Cirugía	90%	80%	100%
Cirugía Reconstructiva <ul style="list-style-type: none"> La cirugía es accesoria o posterior a una cirugía cubierta por el plan 	90%	80%	100%
Cirujano Asistente <ul style="list-style-type: none"> 20% de los honorarios del cirujano principal 	90%	80%	100%
Anestesia	90%	80%	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	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Equipamiento médico duradero	90%	80%	100%
Atención quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Requiere autorización médica o un plan de tratamiento 	90%	80%	100%
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por día: 1 Requiere autorización médica o un plan de tratamiento 	90%	80%	100%
Centro de cuidados prolongados <ul style="list-style-type: none"> Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos 	90%	80%	100%
Cuidados de enfermería a domicilio <ul style="list-style-type: none"> Proporcionado por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos 	90%	80%	100%
Fármacos y medicamentos con receta 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			
El siguiente límite de Fármacos y Medicamentos con Receta durante el período de cobertura se acumula para el Límite Máximo			
Fármacos y medicamentos con receta <ul style="list-style-type: none"> Límite del período de cobertura: \$250,000 por persona Obtenidos a través de la farmacia minorista, la cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las urgencias y las consultas externas Máximo de dispensación para la farmacia minorista: 90 días por prescripción 	No Aplicable	90%	100%
Mental o nervioso / abuso de sustancias 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"> Límite Máximo: \$10,000 No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes 	90%	80%	100%
Consulta externa mental o nerviosa / abuso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> Límite Máximo por día: \$50 Límite Máximo: \$500 No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes 	90%	80%	100%

Servicios de emergencia			
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			
Beneficio	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Ambulancia local de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a Deducible • Lesiones • Enfermedad que ha dado lugar a un ingreso en el hospital 	100%	100%	100%
Evacuación médica de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$50,000 • Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía 	100%	100%	100%
Reunión de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$15,000 • Máximo de días: 15 • Comida, máximo por día: \$25 • Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios • Debe ser aprobado previamente por la Compañía 	100%	100%	100%
Traslado en ambulancia entre centros <ul style="list-style-type: none"> • Hasta el límite por lesión o enfermedad • Servicios prestados en Estados Unidos • El traslado debe ser consecuencia de un ingreso hospitalario 	100%	100%	No Aplicable
Evacuación y Repatriación Política <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$10,000 • Debe ser aprobado previamente por la Compañía 	100%	100%	100%
Repatriación para tratamiento médico <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$100,000 • Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía • Consulte la cláusula REPATRIACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO para más detalles 	100%	100%	100%
Repatriación de restos mortales <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$25,000 • Entierro local / incineración en el lugar del fallecimiento. Límite Máximo: \$5,000 • Retorno de los restos mortales de la persona asegurada al país de residencia • Debe ser aprobado previamente por la Compañía 	100%	100%	100%

Otros Servicios

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

Beneficios	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Fallecimiento accidental y desmembramiento <ul style="list-style-type: none"> Suma máxima Principal: \$25,000 El fallecimiento debe producirse en los 90 días siguientes al accidente 	Fallecimiento Accidental: 100% de la suma principal		
	Desmembramiento Accidental:		
	<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"> Límite del periodo de cobertura: \$350 (Tratamiento debido a un dolor inesperado en los dientes sanos y naturales) Período de cobertura Límite por lesión: \$500 (Tratamiento no urgente en un proveedor dental debido a un accidente) 	No Aplicable	90%	100%
Lesión dental traumática <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a deducible y coaseguro Hasta el límite máximo Tratamiento en un hospital por accidente El tratamiento adicional por la misma lesión, prestado por un proveedor dental, se pagará al 100%. 	90%	80%	100%
Viaje ocasional <ul style="list-style-type: none"> Máximo de días: 14 El país de residencia está fuera de Estados Unidos Consulte la cláusula de VIAJE OCASIONAL para más detalles 	90%	80%	100%
Terrorismo <ul style="list-style-type: none"> Límite Máximo: \$50,000 	100%	100%	100%