



Especialmente diseñado para



**PARTNERS**  
PERSONNEL

## Su elección Su plan.

*Creemos que usted debe tener la libertad de elección  
en decidir lo que es mejor para su familia.*

Inscríbase hoy llamando a PartnersCare al: 805.323.3700

Creado por Benefits In A Card para cumplir con los mínimos requisitos  
de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

LA POLÍZA DE SEGURO BAJO LA CUAL ESTE CERTIFICADO SE EMITE NO ES UNA POLÍZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. DEBE CONSULTAR A SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI SU EMPLEADOR ES UN SUScriptor AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES.



Benefits In A Card se complace en asociarse con su empleador para ofrecer beneficios de seguro. Cada uno de estos productos se seleccionó especialmente para que usted y su familia se mantengan saludables al brindar cobertura para las categorías que más se usan. Consulte la información del plan en las siguientes páginas para revisar los planes específicos ofrecidos por su empleador. ¿Tiene preguntas sobre los beneficios ofrecidos? Llámenos hoy al 805.323.3700

### Aspectos destacados de Stay Healthy MEC TeleRx Beneficios y Servicios

- Cobertura del 100 % para los servicios preventivos requeridos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio siempre que se utilice el proveedor de Multiplan
- No existen limitaciones preexistentes para los servicios médicos
- No tiene Deducibles médicos
- Elección entre 4 niveles familiares
- Admisión garantizada para todos los empleados elegibles
- Beneficios de medicamentos preventivos disponibles a través de Elixir
- Membresía de FreeRx.com incluida para ayudar a cubrir recetas no preventivas
- Beneficios de telemedicina incluidos para tratar lesiones y enfermedades

Los planes Stay Healthy MEC TeleRx no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado "cobertura médica mayor")

### Aspectos destacados de los Beneficios y Servicios VIP (Los empleados pueden elegir con o sin un plan Stay Healthy MEC TeleRx. Solo cumple con ACA si se elige con el plan Stay Healthy MEC TeleRx)

- Indemnización Médica con cláusula adicional de enfermedad crítica más beneficios para el cáncer
- No existen limitaciones preexistentes para los planes de indemnización médica o hospitalaria
- No tiene Deducibles médicos
- Todos los medicamentos estarán cubiertos bajo el programa PharmAvail ya sea a través de la fijación de precios o descuentos predeterminado
- Elección entre 4 niveles familiares
- Emisión garantizada para todos los empleados elegibles
- Virtual Urgent Care incluido
- Los beneficios para la atención preventiva se incluyen SOLAMENTE si se elige Stay Healthy MEC TeleRx con VIP

### Aspectos destacados de Stay Healthy (MEC) Enhanced

- No existen limitaciones preexistentes para los planes de indemnización médica o hospitalaria
- No tiene Deducibles médicos
- Servicios preventivos cubiertos al 100% si se utiliza un proveedor dentro de la red
- Elección entre 4 niveles familiares
- Beneficios de prescripción
- Visitas de atención urgente: se aplican copagos
- Visitas de atención de especialistas: se aplican copagos
- Virtual Urgent Care incluido
- Visitas de atención primaria: se aplican copagos

Los planes Stay Healthy (MEC) Enhanced no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado "cobertura médica mayor")

### Aspectos destacados de Plan Valor Mínimo (MVP) y Servicios (Plan de cumplimiento de ACA)

- No existen limitaciones preexistentes para los servicios médicos
- Beneficios dentro y fuera de la red
- Médico de Atención Primaria (PCP), Especialista y Beneficios de hospitalización para pacientes hospitalizados
- Beneficios de la medicina disponibles a través de Elixir
- Elección entre 4 niveles familiares

### Opciones adicionales de beneficios (Los empleados no tienen que elegir Stay Healthy MEC TeleRx para inscribirse en lo siguiente)

- 24 horas Grupo de Accidentes
- Incapacidad a Corto Plazo<sup>+</sup>
- Dental
- Salud Comportamental
- FreeRx
- Enfermedad Crítica<sup>\*\*</sup>
- Vida a Término y AD & D
- Vision
- IDX Social Plus
- Virtual Primary Care

### Información general

- Los empleados tienen 30 días para elegir la cobertura desde la fecha de su primer cheque. Si no cumple con este plazo, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida calificado.
- La cobertura comienza el segundo lunes después de la primera deducción de nómina.
- Deducciones semanales para la cobertura semanal
- COBRA es elegible después de cuatro semanas consecutivas de falta de pago, independientemente de los períodos de nómina, y dará lugar a un aviso COBRA. La falta de pago se aplica a Stay Healthy MEC TeleRx, Stay Healthy (MEC) Enhanced, MVP, plan VIP, Dental y Vision. No se aplica a seguros de vida, enfermedad crítica con beneficios de cáncer, accidente, Salud Comportamental, IDX Social Plus, FreeRx, Virtual Primary Care y seguros de ingresos por incapacidad a corto plazo.
- Los empleados pueden hacer hasta cuatro pagos directos a Benefits In A Card mientras no este trabajando para evitar una lapso en la cobertura.
- Los pagos de prima perdida se deben hacer dentro de 30 días a partir del lunes de la semana perdida. (a menos que el archivo ya haya sido marcado como elegible para COBRA). Si el archivo ha sido marcado para COBRA, el empleado debe elegir COBRA para pagar la semana en cuestión.
- El Aviso de privacidad de HIPAA, el Documento del plan de resumen, COBRA, Medicare, el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) son disponible poniéndose en contacto con el Centro de atención telefónica de PartnersCare al 805-323-3700 y en [www.mybiac.com/partnerspersonnel](http://www.mybiac.com/partnerspersonnel).

**\*\*Los beneficios pagaderos por cualquier Persona Cubierta también cubierta por Medicaid serán pagados directamente a Medicaid como lo requiere la ley. +Si solicita cobertura de ingresos por incapacidad, OTROS INGRESOS QUE TENGO DERECHO A RECIBIR, SI SE APLICAN, REDUCIR MI BENEFICIO MENSUAL. DEBO LEER MI CERTIFICADO PARA MÁS INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE CÓMO LOS OTROS INGRESOS REDUCIRÁN MI BENEFICIO.**

# RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

*Esto NO es un Seguro de Beneficios Mayores*

Beneficio	Stay Healthy MEC TeleRx	VIP Standard	VIP Plus	VIP Prime
Cuidado Preventivo *	Directrices de conformidad con ACA	No Incluido	No Incluido	No Incluido
Red Requerida	Sí	No	No	No
Elixir	Incluido	No Incluido	No Incluido	No Incluido

## Servicios de Valor Agregado adicionales y ahorros

Prescripción PharmAvail	No Incluido	\$10/\$20/\$30 Genérico Descuento no genérico	\$10/\$20/\$30 Genérico Descuento no genérico	\$10/\$20/\$30 Genérico Descuento no genérico
Red MultiPlan	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Virtual Urgent Care	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
FreeRx	Incluido	No Incluido	No Incluido	No Incluido

## Productos Adicionales de Seguros-Indemnización Hospitalaria con Enfermedad Crítica Cláusula de Beneficios más Cáncer

Beneficio de admisión al hospital	No Incluido	\$ 500 / día; Máximo 1 Día	\$ 1,000 / día; Máximo 1 Día	\$ 1,000 / día; Máximo 1 Día
Beneficio de hospitalización	No Incluido	\$ 50 / día; Máximo 30 Días	\$ 100 / día; Máximo 30 Días	\$ 100 / día; Máximo 30 Días
Beneficio de la unidad de cuidados intensivos	No Incluido	No Incluido	\$ 200 / día; Máximo 20 Días	\$ 200 / día; Máximo 20 Días
Beneficio de Rehabilitación	No Incluido	No Incluido	\$ 50 / día; Máximo 30 Días	\$ 50 / día; Máximo 30 Días
Cirugía en el hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria independiente	No Incluido	\$ 250 / día; Máximo 1 Día	\$ 1,000 / día; Máximo 1 Día	\$ 2,000 / día; Máximo 1 Día
Cirugía en un consultorio médico	No Incluido	\$ 125 / día; Máximo 2 Días	\$ 250 / día; Máximo 2 Días	\$ 1000 día; Máximo 2 Días
Sala de emergencias	No Incluido	\$ 50 / día; Máximo 2 Días	\$ 100 / día; Máximo 2 Días	\$ 150 / día; Máximo 2 Días
Centro de atención urgente	No Incluido	\$ 50 / día; Máximo 4 Días	\$ 100 / día; Máximo 4 Días	\$ 150 / día; Máximo 4 Días
Oficina del medico	No Incluido	\$ 50 / día; Máximo 4 Días	\$ 100 / día; Máximo 4 Días	\$ 150 / día; Máximo 4 Días
Físico, del habla u ocupacional	No Incluido	\$ 30 / día; Máximo 4 Días	\$ 60 / día; Máximo 4 Días	\$ 90 / día; Máximo 4 Días
Facilidad de terapia				
Pruebas de imagen médica	No Incluido	\$ 100 / día; Máximo 1 Día	\$ 200 / día; Máximo 1 Día	\$ 400 / día; Máximo 1 Día
Estudio avanzado / Pruebas de seguimiento	No Incluido	\$ 25 / día; Máximo 1 Día	\$ 50 / día; Máximo 1 Día	\$ 100 / día; Máximo 1 Día
Beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	No Incluido	\$ 10 / día; Máximo 15 Días	\$ 20 / día; Máximo 15 Días	\$ 20 / día; Máximo 15 Días
Ambulancia Tierra / Aire	No Incluido	\$ 50/100 / día; Máximo 1 Día	\$ 200/400 / día; Máximo 1 Día	\$ 400/800 / día; Máximo 1 Día
Cirugía preventiva en el hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria independiente	No Incluido	No Incluido	\$ 1,000 / día; Máximo 1 Día	\$ 2,000 / día; Máximo 1 Día
Cirugía preventiva en un consultorio médico	No Incluido	No Incluido	\$ 500 / día; Máximo 1 Día	\$ 1000 / día; Máximo 1 Día
<b>Enfermedad Crítica Cláusula de Beneficios</b>				
Individual / Esposo / Niño(s)	No Incluido	\$5,000/\$2,500/\$1,250	\$5,000/\$2,500/\$1,250	\$5,000/\$2,500/\$1,250

El monto del beneficio pagadero es del 100% por cáncer invasivo, ataque cardíaco, daño permanente debido a un derrame cerebral, insuficiencia de órganos importantes o insuficiencia renal en etapa terminal; 25% para carcinoma in situ.

**El plan Stay Healthy MEC TeleRx se puede elegir con un plan VIP de su elección.**

\* Véase la lista de servicios que figuran en la página 11.

	Deducciones			
	Empleado	Empleado & Cónyuge	Empleado & Niño(s)	Familia
Stay Healthy MEC TeleRx	\$16.80	\$21.70	\$22.39	\$26.73
VIP Standard	\$17.66	\$33.50	\$27.27	\$46.26
VIP Plus	\$31.61	\$66.51	\$51.24	\$92.56
VIP Prime	\$43.28	\$94.06	\$71.22	\$131.17

Mis Beneficios	
Stay Healthy MEC TeleRx	\$
VIP Plan	+ \$
<b>Deducción Total</b>	<b>\$</b>

Este folleto describe los beneficios, exclusiones y limitaciones de las pólizas de seguro de grupo separado proporcionadas por distintas compañías. Su empleador ha decidido ofrecer estas pólizas en una sola oferta. Mientras que cada póliza descrita tiene un costo eparado, la deducción que pagará podrá, a la opción de su empleador, puede ser combinada en una deducción que se calcula como la suma de la prima para cada una de las pólizas. Las deducciones pueden incluir la prima del seguro y cualquier tarifa aplicable.

# RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

*Esto NO es un Seguro de Beneficios Mayores*

Beneficio	Stay Healthy (MEC) Enhanced
Cuidado Preventivo*	Normas recomendadas por la ACA
Visitas de atención primaria (limitado a 4 visitas anuales por persona o 10 por familia anualmente)	Co-pago de \$10 por visita
Visitas de atención especializada (limitado a 4 visitas anuales por persona o 10 por familia al año)	Co-pago de \$50 por visita
Visitas de atención de urgencia (limitado a 4 visitas anuales por persona o 10 por familia al año)	Co-pago de \$60 por visita
Red Requerida	Sí
Elixir	Incluido
<b>Recetas de cuidado preventivo (obligatorio según la ACA)</b>	
<b>Otras drogas</b>	
<b>Opción de farmacia (suministro para 30 días)</b>	<b>Solo proveedores dentro de la red</b>
Drogas genericas	\$5 Co-pago
Medicamentos de marca (cuando no hay genéricos disponibles)	No cubiertos
<b>Opción de pedido por correo (suministro para 90 días)</b>	<b>Solo proveedores dentro de la red</b>
Drogas genericas	\$15 Co-pago
Medicamentos de marca (cuando no hay genéricos disponibles)	No cubiertos

## Servicios de Valor Agregado adicionales y ahorros

Prescripción PharmAvail	\$10/\$20/\$30 Genérico Descuento no genérico
Red MultiPlan	Incluido
Virtual Urgent Care	Incluido

## Productos Adicionales de Seguros- Indemnización Hospitalaria

Beneficio de admisión al hospital	\$ 1000 / día; Máximo 1 Día
Beneficio de hospitalización	\$ 100 / día; Máximo 30 Días
Cirugía en el hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria independiente	\$ 500 / día; Máximo 1 Día
Cirugía en un consultorio médico	\$ 125/ día; Máximo 1 Días
Pruebas de imagen médica	\$ 100 / día; Máximo 2 Días
Estudio avanzado / Pruebas de seguimiento	\$ 25 / día; Máximo 1 Días

## Productos Adicionales-Seguro de Accidentes

Sala de emergencias	\$250
Consulta Medica	\$50
Trabajo Dental de Emergencia	\$50
Ingreso Hospitalario	\$250
Hospitalización Diaria	\$100
Unidad de Cuidados Intensivos	\$200
AD&D Empleado o cónyuge	hasta \$15,000
AD&D Niño (s)	hasta \$7,500
Ambulancia - tierra o por aire	\$250
Imágenes Médicas	\$100

\* Véase la lista de servicios que figuran en la página 12

## Deducciones semanales

	Empleado	Empleado / cónyuge	Empleado / Niños	Familia
Stay Healthy (MEC) Enhanced	\$43.76	\$74.07	\$71.46	\$101.71

Este folleto describe los beneficios, exclusiones y limitaciones para pólizas de seguro de grupo separadas proporcionadas por varias compañías. Su empleador ha decidido ofrecer estas pólizas en una sola oferta. Si bien cada póliza descrita tiene un costo separado, la deducción que usted pagará podrá combinarse en una única deducción, que se calcula como la suma de la prima para cada una de las pólizas, a opción de su empleador. Las deducciones pueden incluir la prima del seguro y cualquier tarifa aplicable.

# OPCIONES DE BENEFICIOS ADICIONALES

## Incapacidad a Corto Plazo

Disponible para todos los empleados activos que trabajan 20 horas o más por semana.	
Período de Eliminación	7 Días
Período de beneficios	90 Días
Monto del beneficio	650 \$ / mes

## Incapacidad a Corto Plazo Deducción Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$3.94</b>
-----------------	---------------

## Enfermedades Críticas con Beneficios para el Cáncer

Monto del beneficio	\$5,000
---------------------	---------

### Condiciones cubiertas

Ataque del corazón *	100%
Cirugía de bypass de la arteria coronaria recomendación*	25%
Angioplastia coronaria recomendación **	\$500
Daño permanente debido a un accidente cerebrovascular	100%
La falta de órganos Mayor *	100%
Insuficiencia renal terminal *	100%
Coma debido a un accidente cubierto *	100%
Parálisis Permanente Debido a un Accidental	100%
Lesión de Médula Espinal *	
Quemaduras mayores *	100%
VIH ocupacional, hepatitis B, C o D *	100%
Cáncer invasor *	100%
Carcinoma in situ *	25%
Cáncer de piel **	\$250

## Enfermedades Críticas con Beneficios para el Cáncer Deducción Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$2.51</b>
<b>Empleado / cónyuge</b>	<b>\$3.86</b>
<b>Empleado / los niño (s)</b>	<b>\$2.77</b>
<b>Familia</b>	<b>\$4.12</b>

## Dental

Preventiva (Sin deducible)	100%
Básico	80%
Restaurador básico	80%
Radiografías-FMX	80%
Período de espera	Ninguno
Máximo Anual	\$500
Deducible (individual / familiar)	\$50/\$150

## Deducción Dental Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$3.63</b>
<b>Empleado / cónyuge</b>	<b>\$6.99</b>
<b>Empleado / los niño (s)</b>	<b>\$9.59</b>
<b>Familia</b>	<b>\$14.45</b>

## 24 horas Grupo de Accidentes

Cuando se elige el Plan Stay Healthy (MEC) Enhanced, los montos a continuación se suman a los beneficios por accidente de Stay Healthy (MEC) Enhanced

Sala De Emergencia	\$250
Consulta Médica	\$50
Trabajo Dental de Emergencia	\$50
Ingreso Hospitalario	\$250
Hospitalización diaria	\$100
Unidad de Cuidados Intensivos	\$200
AD&D	

Empleado	hasta \$15,000
Esposo	hasta \$15,000
Niño (s)	hasta \$7,500
Ambulancia - tierra o por aire	\$250
Imágenes Médicas	\$100

## Deducción 24 horas Accidente Grupo Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$2.00</b>
<b>Empleado / cónyuge</b>	<b>\$2.95</b>
<b>Empleado / los niño (s)</b>	<b>\$3.00</b>
<b>Familia</b>	<b>\$4.53</b>

## Visión

Co-pago por examen de la vista	\$10
Co-pago en Lentes y Marcos	\$25
Co-pago para montaje de lentes de contacto	\$0
Subsidio de marcos	\$130

## Visión Deducción Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$2.15</b>
<b>Empleado / cónyuge</b>	<b>\$4.35</b>
<b>Empleado / los niño (s)</b>	<b>\$4.94</b>
<b>Familia</b>	<b>\$7.62</b>

## Vida a Término y AD & D \*\*\*

Empleado (a 64 años)	\$20,000
Esposo	\$2,500
Niño (s) de 6 meses a 26	\$2,500
Niño (s) 14 días-6 meses	\$500

## Vida a Término y AD & D Deducción Semanal

<b>Empleado</b>	<b>\$2.11</b>
<b>Empleado / cónyuge</b>	<b>\$2.54</b>
<b>Empleado / los niño (s)</b>	<b>\$2.54</b>
<b>Familia</b>	<b>\$3.17</b>

## Salud Comportamental

### Salud Comportamental Deducción semanal

<b>Empleado/ES/EC y Familia</b>	<b>\$1.53</b>
---------------------------------	---------------

## IDX Social Plus

### IDX Social Plus Deducción

<b>Empleado</b>	<b>\$1.98</b>
<b>ES/EC y Familia</b>	<b>\$2.70</b>

\* Paga el porcentaje indicado del monto del beneficio por enfermedad crítica.

\*\* Paga cantidad de dinero indicada para Beneficio de indemnización.

\*\*\* La cobertura de AD & D se aplica únicamente a Empleados.

## Medicamentos más baratos, Billeteras más saludables.

Esta membresía le brinda acceso gratuito a más de 800 del 90 % de los mejores medicamentos genéricos recetados en los EE. UU. Los medicamentos agudos (un suministro de hasta 21 días) se pueden recoger en cualquiera de nuestras 64,000 farmacias participantes, incluidas CVS Pharmacy, Walgreens, Albertsons, Kroger, Publix, Giant Eagle y Walmart. Medicamentos crónicos (suministro para 90 días) están disponibles a través de entrega segura a domicilio por USPS con envío GRATIS de 3 a 5 días.



A continuación se muestra una lista de los medicamentos que se obtienen con frecuencia en nuestro formulario:

<b>Agudo</b>	Aciclovir	Cefalexina	Hidroxizina	Ciclobenzaprina	Triamcinolona
	Amoxicilina	Gabapentina	Ciprofloxacino	Prednisona	Tizanidina
	Azitromicina	Tramadol	Metilprednisolona	Sulfadiazina de plata	Valaciclovir
	Benzonatato	Doxiciclina	Naproxeno	Trimetoprima	

<b>Crónico</b>	Alendronato	Atorvastatina	Omeprazol	Citalopram	Losartán
	Alopurinol	Buspirona	Fluoxetina	Clopidogrel	Ondansetrón
	Amlodipina	Carvedilol	Hidroclorotiazida	Levotiroxina	Escitalopram
	Atenolol	Meloxicam	Bupropión	Metformina	

### Ahorre en insulina

La insulina también está disponible a través de la membresía. Los viales y las plumas de ReliOn NovoLog, ReliOn NovoLog 70/30 y ReliOn Novolin N están disponibles a través de nuestra asociación exclusiva con Walmart por un 80% menos que los precios estándar de la insulina.

### Virtual Urgent Care

La atención de urgencias virtual está incluida en su membresía. Tendrá acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos que pueden diagnosticar muchos síntomas comunes de afecciones que no son de emergencia, recomendar opciones de tratamiento y recetar medicamentos cuando sea médicamente apropiado. Visite [virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com) para registrarse.

Visita [www.freerx.com](http://www.freerx.com) para obtener más información sobre nuestro programa y los beneficios adicionales que recibes con una membresía. Puedes inscribirte en esta membresía en cualquier momento.

**\$5.99** / semana  
Empleado

**\$6.99** / semana  
Empleado +  
Esposo/a

**\$6.99** / semana  
Empleado +  
Hijo(s)

**\$6.99** / semana  
Familia

La membresía está incluida si se selecciona MEC TeleRx

# Virtual Primary Care (VPC)



**Benefits in a Card™**

Virtual Primary Care (VPC) incluye los siguientes servicios:

- Atención de urgencia 24/7/365
- Atención primaria
- Navegación de atención y coordinación de atención
- Laboratorios con descuento

Virtual Primary Care (VPC) ofrece a los miembros visitas cara a cara con sus médicos a través de dispositivos. Con VPC, los miembros pueden conectarse con un médico por teléfono o tecnología de video, lo que permite que tanto el médico como el miembro experimenten el beneficio completo de establecer una relación sin tener que ir al consultorio de un médico. Se puede acceder a VPC las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Llama al 800-497-4856 o visita: [virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com)

## CUIDADO PRIMARIO CUÁNDO UTILIZAR:

- Manejo de las condiciones de salud a lo largo del tiempo.
- Referencias para ver a un especialista
- Gestión de medicamentos y resurtidos continuos.
- Construya una relación con un proveedor de su elección

## ATENCIÓN DE URGENCIA CUÁNDO UTILIZAR:

Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos certificados, a solo una llamada telefónica o a un clic de distancia. Los médicos pueden diagnosticar muchos síntomas comunes de afecciones que no son de emergencia, recomendar opciones de tratamiento y recetar medicamentos cuando sea médicamente apropiado.

### Cuándo utilizar/Condiciones comunes:

- Síntomas del resfriado y la gripe
- Infección respiratoria
- Problemas de dermatología
- Ojo rosa
- Alergias
- Problemas sinusales
- Bronquitis
- y más...

Llama al 800-497-4856 o visita: [virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com)

## NAVEGACIÓN/COORDINACIÓN DEL CUIDADO CUÁNDO UTILIZAR:

Los miembros tienen acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a nuestro equipo dedicado de Care Navigators para brindar apoyo profesional para navegar las complejidades del sistema de atención médica.

- Explicación y comprensión de los beneficios.
- Soporte práctico y soluciones
- Encontrar proveedores, tratamientos e instalaciones dentro de la red
- Revisión y auditorías de facturas médicas
- Soporte de gestión de casos
- Negociación de tarifas y pagos
- Segundas opiniones
- Planificación de atención preventiva personalizada
- Revisiones de facturación médica

Una vez que se complete el registro de la cuenta, tendrá acceso a este servicio simplemente comunicándose con el servicio para miembros al 800-497-4856. Tenga lista la información de su seguro.

A través de texto instantáneo y alertas push, los usuarios pueden participar sin problemas en sesiones de video o audio mediante navegadores web, a los que se puede acceder desde todos los dispositivos, eliminando la necesidad de realizar descargas específicas.

## SERVICIOS DE DESCUENTO DE LABORATORIOS CUÁNDO UTILIZARLOS:

Nuestro programa ofrece a los miembros análisis de laboratorio a precio reducido en efectivo o a través de su seguro. Se encuentran disponibles extracciones de sangre a distancia (en el hogar o en el trabajo) por tarifas adicionales. Esto se coordina a través de los coordinadores de atención en Benefits in a Card. Los miembros pueden programar análisis de laboratorio de nuestros socios nacionales LabCorp y Quest Diagnostic para obtener análisis de laboratorio con descuento.

Una vez que su médico de VPC envíe una solicitud de orden de análisis de laboratorio, nuestro equipo de orientación de atención se comunicará con usted para coordinar la cita, las ubicaciones y el pago antes de la visita de análisis de laboratorio.

***Benefits in a Card Virtual Care está a solo una llamada o clic de distancia!***

***Hable con un médico con licencia estatal las 24/7/365***

***Para acceder visite: [virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com) o llame al 800-497-4856.***

***Se requiere el registro de la cuenta de miembro antes de utilizar todos los servicios.***

**\$5.99** / semana

Empleado

**\$6.99** / semana

Empleado +  
Esposo/a

**\$6.99** / semana

Empleado +  
Hijo(s)

**\$6.99** / semana

Familia

# Beneficios Médicos

## Stay Healthy MEC TeleRx

MEC TeleRx es un programa innovador y asequible diseñado para cumplir con los estándares de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), así como para brindar servicios de telemedicina para tratar lesiones y enfermedades. Además, los empleados reciben una membresía a FreeRx.com que les proporciona acceso a medicamentos genéricos sin costo. Con MEC TeleRx, los empleados pueden evitar las multas de la ACA, beneficiarse de la cobertura del primer dólar y cubrir la atención preventiva al 100 % sin deducibles ni copagos.

## Elixir

*Incluido en Stay Healthy MEC TeleRx, Stay Healthy (MEC) Enhanced*

Elixir Solutions se complace en ofrecer los beneficios de prescripción de los medicamentos cubiertos por el Cuidado de Salud Asequible Act (ACA) para Partners Personnel. Todos los medicamentos calificados ACA serán cubiertos sin tener que pagar un co-pago, co-seguro o el cumplimiento de su deducible, siempre que surta sus recetas en una de nuestras farmacias participantes - 65.000 lugares en todo el país. Para saber qué medicamentos están cubiertos o para encontrar una farmacia cerca de usted, por favor regístrese en [www.elixirsolutions.com](http://www.elixirsolutions.com) (usted necesitará su identificación de miembro) o llame al 1-800-771-4648.

## Red MultiPlan

*Incluido en planes Stay Healthy MEC TeleRx, Stay Healthy (MEC) Enhanced, VIP Standard, VIP Plus, VIP Prime*

Con la Red MultiPlan, ahora tiene acceso a la mayor PPO (Organización de Proveedores Preferidos) en la nación, que le ofrece:

- **Elección** - Amplio acceso a más de 4.600 hospitales, 98.000 instalaciones auxiliares y 725.000 profesionales de la salud.
- **de Ahorros** - descuentos negociados que dan como resultado un ahorro significativo de costos para usted cuando usted decide ver un proveedor participante. Un logotipo MultiPlan en su tarjeta de seguro médico le dice a usted y su proveedor que se aplica un descuento MultiPlan. Cuando se utiliza un proveedor de la red, se obtiene más valor para sus dólares de beneficios.
- **Calidad** - MultiPlan aplica criterios rigurosos cuando la dan credencialización a los proveedores para participar en la red MultiPlan, por lo que puede estar seguro de que usted está eligiendo su proveedor de atención médica de una red de alta calidad.



Para encontrar un proveedor de MultiPlan para el plan VIP, llame al 800-457-1403 o visite [multiplan.com](http://multiplan.com).



Para encontrar un proveedor de MultiPlan para el plan Stay Healthy MEC TeleRx, llame al 800-884-6993 o visite [multiplan.com](http://multiplan.com).



Para encontrar un proveedor de MultiPlan para el plan Stay Healthy (MEC) Enhanced, llame al 800-454-5218 o visite [multiplan.com](http://multiplan.com).



**Benefits in a Card™**

## Virtual Urgent Care

*Incluido en planes Stay Healthy MEC TeleRx, Stay Healthy (MEC) Enhanced, VIP Standard, VIP Plus, VIP Prime*

Benefits in a Card ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos certificados, a solo una llamada telefónica o un clic de distancia. Los médicos pueden diagnosticar muchos síntomas comunes de afecciones que no son de emergencia, recomendar opciones de tratamiento y recetar medicamentos cuando sea médicamente apropiado.

Cuándo utilizar/Condiciones comunes:

- ♦ Síntomas del resfriado y la gripe
- ♦ Alergias
- ♦ Infección respiratoria
- ♦ Problemas sinusales
- ♦ Problemas de dermatología
- ♦ Bronquitis
- ♦ Ojo rosa
- ♦ y más...

Virtual Urgent Care está a solo una llamada o clic de distancia! Hable con un médico con licencia estatal las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para acceder visite: [virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com) o llame al 800-497-4856. Se requiere el registro de la cuenta de miembro antes de utilizar todos los servicios.

## PharmAvail

*Incluido en planes Stay Healthy (MEC) Enhanced, VIP Standard, VIP Plus, VIP Prime*

PharmAvail ofrece una manera conveniente para que usted ahorre costos significativos al surtir una receta en su farmacia participante. Todos los medicamentos están incluidos. Esos medicamentos que están disponibles en el definido \$ 10, \$ 20 y \$ 30 niveles o menos se establecen a niveles de precios predeterminados y compensar la PharmAvail formulario. Si su medicamento no está incluido en el formulario, usted todavía puede obtener sus medicamentos recetados y usted recibirá un descuento de la carga normal de la farmacia.

**La mayoría de las farmacias se incluyen en la red PharmAvail. Sin embargo, en caso que la farmacia no acepte su tarjeta, puede llamar al 800-933-3734 y un representante de servicio al cliente le asistirá.**



# Plan de Valor Mínimo (MVP) Lista de Beneficios

**Nota:** Los empleados que trabajan 30 horas o más son elegibles para MVP. Por favor llamar al Centro de atención telefónica de PartnersCare al 805-323-3700 para más información o para inscribirse en el Plan MVP. Si se inscribe, la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a los 59 días a partir de la fecha de su primer cheque de pago. MVP es un plan medica integral con programa de medicina que ofrece beneficios para proveedores fuera y dentro de la red, después de que usted cumpla con el deducible aplicable. Con el plan de MVP, los empleados pueden evitar las sanciones individuales de la ACA.

PPO de red: MultiPlan	Dentro la Red	Fuera de la Red
Deducible (por participante / familia)	\$6,900/\$13,800	\$10,000/\$20,000
Fuera de bolsillo máximo (por participante / familia)	\$6,900/\$13,800	\$20,000/\$40,000
Coseguro pagado por el plan	100%	50%
Visita al consultorio Atención primaria / Especialista (incluido MHSA)	100% después del deducible	50% después del deducible
Quimioterapia	No cubiertos	No cubiertos
Medicamentos especializados médicos	No cubiertos	No cubiertos
Beneficios de Sala de Emergencia	100% después del deducible	50% después del deducible
Centro de atención urgente	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización de pacientes internos (incluido MHSA)	100% después del deducible	50% después del deducible
Visita médica para pacientes internos	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización y visitas médicas ambulatorias	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuota de médico / cirujano / anesthesiólogo (IP / OP)	100% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	100% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas de diagnóstico y laboratorios	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado preventivo	100%	50% después del deducible
Quiropráctica	No cubiertos	No cubiertos
Servicio de ambulancia por tierra (solo en tierra)	100% después del deducible	50% después del deducible
Imaging avanzada	100% después del deducible	50% después del deducible
Diálisis	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados de salud en el hogar, rehabilitación (Cardíaca, PT, OT, ST), SNF (Centro de enfermería especializada), Hospicio	100% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de radiación	100% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero	100% después del deducible	50% después del deducible
<b>Medicina</b>  <b>La marca y los no preferidos sólo estarán cubiertos cuando no se disponga de un medicamento genérico</b>	<b>Al por menor:</b> Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos <b>Por correo:</b> Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos *BioTech y especializadas Las drogas no están cubiertos.	

## Primas Mensuales

Empleado	\$502.71
Empleado/Cónyuge	\$974.45
Empleado/Hijos	\$836.49
Familia	\$1,326.03

Las tasas de cobertura individual son asequibles para usted, ya que se basan en su salario. Para su tasa de cobertura única, llame al Centro de atención telefónica de PartnersCare al: 805-323-3700. Los empleados de esta compañía no califican para recibir asistencia premium a través del Mercado, ya que esta compañía ofrece a todos los empleados una cobertura de valor mínimo asequible.

*El beneficio de cuidado preventivo cubre exámenes de rutina, cuidado infantil adecuado, vacunas, papanicolau, mamografías, exámenes colorrectales, exámenes de próstata y otros servicios requeridos por la ley si los proporciona un proveedor de la red. Se puede acceder a una lista actualizada de la atención preventiva requerida en <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention/recommendations.html>*

*Este plan excluye medicamentos especializados, medicamentos de marca no preferidos, cargos quiroprácticos, acupuntura, cirugía bariátrica, cirugía estética, cuidado dental, tratamiento de la infertilidad, cuidado a largo plazo, cuidado no de emergencia fuera de los US., Enfermería privada, cuidado oftalmológico de rutina, pie de rutina atención, programas de pérdida de peso, cualquier beneficio que no esté específicamente enumerado y las exclusiones y límites que se aplican a otro Stay Healthy MEC TeleRx / MVP también se aplican a este beneficio.*

# Beneficios proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company)≠

## Indemnización Hospitalaria

Incluso cuando usted tiene seguro médico, usted puede ser confrontado con los costos médicos no cubiertos después de una estancia en el hospital. Estos costos podrían incluir su deducible, coaseguro o otros gastos de desembolso. La cobertura del Seguro de Indemnización Hospitalaria proporcionada por APL (American Public Life Insurance Company) está diseñada para ayudar con estos gastos médicos de bolsillo y puede ser pagada directamente a usted o asignada a un hospital, centro de tratamiento o médico elegido.

## Plan de Accidentes

Los accidentes pueden ocurrir en cualquier momento, en cualquier lugar y sin previo aviso; Y las facturas inesperadas que siguen pueden ser abrumadoras. Desde una simple visita al consultorio del médico, hasta el transporte de ambulancia aérea o una admisión a cuidados intensivos debido a una lesión accidental, el seguro de accidentes de 24 horas de APL puede ayudar a proporcionar protección importante contra accidentes a un costo competitivo. Esta cobertura paga un beneficio debido a una lesión accidental cubierta directamente a usted.

## Seguro de Enfermedad Crítica de Grupo con Beneficios por Cáncer \*

Una enfermedad crítica puede suceder a cualquier persona en cualquier momento. Muchas veces, los principales planes de seguro médico solo pueden pagar algunos de los cargos incurridos, dejándole con gastos inesperados. El Seguro de Enfermedades Críticas de APL está diseñado para ayudar a complementar los gastos de bolsillo asociados con las enfermedades críticas cubiertas que son positivamente diagnosticadas por un médico. Una política de enfermedad crítica puede ayudar a compensar los gastos médicos y no médicos de bolsillo.

## Incapacidad A Corto Plazo +

El Seguro de Ingreso por Discapacidad a Corto Plazo de APL puede ayudar a proporcionar un ingreso cuando usted está incapacitado debido a una lesión o enfermedad cubierta que lo mantiene alejado del trabajo por un período prolongado de tiempo. Los beneficios se pagan directamente a usted, no a un médico o su empleador. El beneficio mensual de la póliza puede usarse para gastos de vida diaria, hipoteca / alquiler, servicios públicos, comestibles, pagos de automóviles, incluso pagos con tarjeta de crédito.

## Seguro Dental de Grupo

El costo de tener una hermosa sonrisa no debe ser algo que preocuparse. Los exámenes orales de rutina y las limpiezas profesionales son formas sencillas de ayudar a proteger su salud bucal. El seguro dental de grupo de APL está diseñado para ayudar con los gastos asociados con los servicios dentales cubiertos para que usted y su familia puedan tener una sonrisa que dura toda la vida. Este plan incluye Careington International Corporation PDNO Dental Network

- Ahorre en la mayoría de los procedimientos dentales, incluyendo exámenes orales de rutina, limpiezas ilimitadas y trabajos importantes como dentaduras postizas, Y las coronas a través de una de las redes dentales más grandes y más reconocidos en la nación con un enfoque en los dentistas de barrio.
- Los administradores de terceros pagarán los servicios cubiertos de acuerdo con el diseño del plan.
- Todos los co-pagos, deducibles o co-seguro aplicables, que se describen en el diseño del plan, se pagarán directamente al consultorio dental en el momento en que se preste el servicio. Solicite al dentista o al personal de la oficina que le expliquen todos los cargos antes de que comience el tratamiento.

*Este es un plan PPO. Este no es un plan de descuento.*

## Seguro de Vida a Término de Grupo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD & D) †

Si bien es imposible compensar emocionalmente la pérdida de un ser querido, el seguro de vida puede aliviar los gastos. Los beneficios pueden ayudar a cubrir pagos de alquiler o hipoteca, pagos con tarjeta de crédito, gastos de educación de niños, gastos médicos y más. También tenemos opciones de seguro de vida para su cónyuge y hijos. Usted no puede predecir el futuro de su familia, pero con el seguro de vida a término, usted puede estar mejor preparado para ello.



2305 Lakeland Drive | Flowood, MS 39232

ampublic.com | 800-256-8606

*Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y períodos de espera. No todos los productos están disponibles en todos los estados. Los productos pueden ser inapropiados para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid. Para obtener los beneficios completos y otras disposiciones, consulte la póliza / certificado / cláusula adicional.*

≠ Los productos de APL no están diseñados para cumplir con los mínimos requisitos de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. \* Los beneficios pagaderos por cualquier Persona Cubierta también cubierta por Medicaid serán pagados directamente a Medicaid como lo requiere la ley. + Si solicita cobertura de ingresos por incapacidad, OTROS INGRESOS QUE TENGO DERECHO A RECIBIR, SI APLICABLES, REDUCIR MI BENEFICIO MENSUAL. DEBO LEER MI CERTIFICADO PARA MÁS INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE CÓMO LOS OTROS INGRESOS REDUCIRÁN MI BENEFICIO. † La cobertura de AD & D se aplica únicamente a Empleados.

# Beneficios proporcionados por MetLife

## Visión

### Con su Plan de Organización de Proveedores Preferidos de la Vista, usted puede:

- Acudir a cualquier proveedor de servicios oftalmológicos con licencia y recibir cobertura. Solo recuerde que el dinero de sus beneficios llega más lejos cuando permanece en la red.
- Elegir entre una amplia red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta minoristas como Costco® Optical, Walmart, Sam's Club y Visionworks.

### Características de valor agregado dentro de la red:

- Además de las mejoras estándar de los lentes, disfrute de un ahorro promedio del 20-25% en todas las demás mejoras de los lentes.
- Ahorros adicionales en anteojos y gafas de sol: Obtenga un 20% de ahorro en pares adicionales de anteojos recetados y anteojos de sol sin prescripción, incluidas las mejoras de lentes. A veces, también pueden estar disponibles otras ofertas promocionales.
- Ahorro adicional en monturas: 20% de descuento en cualquier cantidad por encima de la asignación de monturas.
- Corrección de la visión con láser: Ahorros promedio del 15% del precio regular o del 5% de descuento en una oferta promocional para cirugía láser que incluye PRK, LASIK y LASIK personalizado. Esta oferta solo está disponible en las sucursales participantes de MetLife

Están aquí para ayudar.



Encuentre un proveedor de servicios de la vista en [www.metlife.com/vision](http://www.metlife.com/vision) y seleccione VSP Choice.

Si tiene preguntas generales, visite [www.metlife.com/mybenefits](http://www.metlife.com/mybenefits) o llame al 1-855-MET-EYE1 (1-855-638-3931)

# Beneficios proporcionados por Benefits in a Card

## Consejería virtual de salud conductual

El asesoramiento virtual proporciona a los miembros consultas, asesoramiento y servicios de referencia confidenciales e ilimitados. Los servicios de consejería incluyen:

- ♦ Acceso 24/7/365 a consejeros de nivel de maestría
- ♦ Sin copago ni tarifa
- ♦ Sesión disponible por teléfono o vídeo.
- ♦ Apoyo inmediato a la crisis
- ♦ Evaluación integral de riesgos
- ♦ Asesoramiento de apoyo y sesiones posteriores.
- ♦ Seguimiento 100% con un consejero original.
- ♦ Referencia personalizada (si es necesario) a planes médicos, de salud conductual o recursos comunitarios.

### Cuándo usarlo/Problemas comunes:

- ♦ Abuso de sustancias
- ♦ Problemas de relación
- ♦ Depresión
- ♦ Estrés y ansiedad
- ♦ Muerte de un ser querido
- ♦ Problemas de crianza

Los consejeros trabajan con los miembros para identificar problemas específicos y los próximos pasos para abordarlos, eliminando la duda de a quién acudir en caso de que necesiten servicios adicionales. \*Consejería para adolescentes disponible; los requisitos de edad de los pacientes adolescentes pueden variar según el estado.



**Benefits in a Card™**

Llame al 888-507-0435

para servicios de asesoramiento y apoyo.

# Beneficios proporcionados por IDX Social Plus

## IDX Social Plus

IDX Social Plus by ID Experts brinda protección contra el robo de identidad para ayudarlo a mantenerse a salvo del fraude. Al aplicar el mismo nivel de protección que usan las empresas Fortune 500 y las instituciones gubernamentales, la plataforma IDX Social Plus protege las identidades de las personas y sus familias, brindándole la única cobertura con una Garantía de Recuperación del 100%.

- ♦ Monitoreo de redes sociales (Social Sentry)
- ♦ Monitoreo web oscuro
- ♦ Detective de contraseña
- ♦ Seguro de \$ 1 millón
- ♦ Servicios de recuperación



800.939.4170

# Stay Healthy MEC TeleRx Resumen Programa de Beneficios para Servicios Preventivos

A continuación se muestra una lista general, junto con el porcentaje que paga el Plan. Para obtener una lista detallada, incluidas las especificaciones de edad y frecuencia, visite los sitios web que se muestran a continuación. Además, los artículos cubiertos y no cubiertos pueden cambiar periódicamente según las recomendaciones de Grado A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF). Las exclusiones del plan y más información se pueden encontrar en la Descripción resumida del plan.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-women>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-adults>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-children>

## DETECCIONES

	Proveedores de red	Proveedores fuera de la red
<b>Hombres</b>	100%	No cubierto
Presión arterial, aneurisma aórtico, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes, hepatitis C, sífilis, VIH, cáncer de pulmón, tuberculosis, consumo no saludable de alcohol, obesidad.		
<b>Mujer</b>	100%	No cubierto
Presión arterial, deficiencia de hierro, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, bacteriuria, clamidia, sífilis, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes, gonorrea, hepatitis B, hepatitis C, VIH, violencia doméstica, cáncer de pulmón, tuberculosis, consumo no saludable de alcohol, obesidad, osteoporosis, Rh (D), VPH.		
<b>Niños o Recién Nacidos</b>	100%	No cubierto
Presión arterial, depresión, diabetes, pérdida de audición, enfermedad de células falciformes, VIH, hipotiroidismo, obesidad, PKU, visión, IMC, autismo, salud oral.		

## ASESORAMIENTO

<b>Hombres</b>	100%	No cubierto
Dieta saludable, reducir la exposición a los rayos UV, dejar de fumar, prevenir las ITS.		
<b>Mujer</b>	100%	No cubierto
Lactancia materna, depresión perinatal, dieta saludable, violencia doméstica, reducir la exposición a los rayos UV, dejar de fumar, prevenir las ITS.		
<b>Niños o Recién Nacidos</b>	100%	No cubierto
Prevenir las ITS, reducir la exposición a los rayos UV, prevenir el inicio del consumo de tabaco.		

## SUPLEMENTOS/MEDICAMENTOS

<b>Hombres</b>	100%	
Aspirina, estatinas		
<b>Mujer</b>	100%	
Aspirina, preventivos del cáncer de mama, ácido fólico, estatinas, métodos anticonceptivos aprobados por la FDA*.		
<b>Niños o Recién Nacidos</b>	100%	
Fluoruro, hierro, métodos anticonceptivos aprobados por la FDA*, medicamentos profilácticos contra la gonorrea para recién nacidos.		

\*La esterilización para mujeres también está cubierta.

## VACUNAS

<b>Hombres</b>	100%	No cubierto
Influenza, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, VPH, culebrilla, sarampión, paperas, rubéola, neumococo, meningococo, hepatitis A y B.		
<b>Mujer</b>	100%	No cubierto
Influenza, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, VPH, culebrilla, sarampión, paperas, rubéola, neumococo, meningococo, hepatitis A y B.		
<b>Niños o Recién Nacidos</b>	100%	No cubierto
Hepatitis A y B, rotavirus, difteria, tétanos, tos ferina, neumococo, poliovirus, influenza, sarampión, paperas, rubéola, varicela, meningococo, VPH.		

# Stay Healthy MEC Enhanced - Resumen Programa de Beneficios

Stay Healthy MEC Enhanced incluye los beneficios preventivos bajo Stay Healthy MEC TeleRx como se describe en la página anterior, así como los beneficios que se enumeran a continuación. Para conocer las exclusiones del plan o información más detallada, consulte la descripción resumida del plan y los enlaces proporcionados en la página anterior.

## VISITAS AL CONSULTORIO Y VISITAS DE ATENCIÓN URGENTE

	<b>Proveedores de red</b>	<b>Proveedores fuera de la red</b>
<b>Visitas al médico</b>	100% después de un copago de \$10  Año calendario máximo de 4 visitas por persona y 10 visitas por familia	No cubierto
El copago de la visita al médico se aplica únicamente a la visita al consultorio. Ningún otro servicio está cubierto por este beneficio. Además, las visitas al consultorio relacionadas con trastornos mentales o abuso de sustancias no están cubiertas por este beneficio.		
<b>Visitas de especialistas</b>	100% después de un copago de \$50  Año calendario máximo de 4 visitas por persona y 10 visitas por familia	No cubierto
El copago de la visita al especialista se aplica únicamente a la visita al consultorio. Ningún otro servicio está cubierto por este beneficio. Además, las visitas al consultorio relacionadas con trastornos mentales o abuso de sustancias no están cubiertas por este beneficio.		
<b>Visitas de atención urgente</b>	100% después de un copago de \$60  Año calendario máximo de 4 visitas por persona y 10 visitas por familia	No cubierto
El copago por visita de atención de urgencia se aplica únicamente a la visita al consultorio. Ningún otro servicio está cubierto por este beneficio. Además, las visitas al consultorio relacionadas con trastornos mentales o abuso de sustancias no están cubiertas por este beneficio.		

## MEDICAMENTOS CON RECETA

<b>Suministro para 30 días Farmacia minorista</b>	
<b>Medicamentos genéricos</b>	\$ 5 co-pago
<b>Todos los demás medicamentos recetados</b>	No cubierto
<b>Suministro para 90 días Farmacia de pedido por correo</b>	
<b>Medicamentos genéricos</b>	\$ 15 co-pago
<b>Todos los demás medicamentos recetados</b>	No cubierto

## Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠

**Continuación de Cobertura de Indemnización de hospital, Critical Illness with Cancer Benefits, Accidentes, Dental y Seguro de Vida** - Usted puede ser elegible para continuar con la cobertura cuando termine su cobertura. Detalles de sus opciones se explican en sus certificados de cobertura. El tomador o APL pueden rescindir la póliza / certificado en cualquier fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de aniversario de la primera póliza, sujeto a 60 días de aviso por escrito. APL tiene el derecho de terminar su póliza / certificado, y todas las cláusulas adjuntas, si usted hace una reclamación fraudulenta.

### Limitado Grupo Beneficio del Hospital Seguro de indemnización (HI-17)

**Beneficios:** Los beneficios son por día, hasta el número máximo de días por año calendario, por persona cubierta. Los montos de los beneficios pueden variar según el lugar de servicio. Los beneficios solo se pagarán por una pérdida cubierta incurrida mientras esté cubierto por el certificado.

**Beneficio de admisión en el hospital:** paga un beneficio cuando una persona cubierta es admitida y está internada en un hospital debido a una lesión o enfermedad cubierta. APL no pagará este beneficio por el tratamiento ambulatorio, el tratamiento en la sala de emergencia o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación. Este beneficio solo se puede pagar una vez por período de confinamiento. Un hospital no es una institución, o parte de ella, utilizada como un lugar para rehabilitación, un lugar para descansar o para ancianos, un hogar de ancianos o de convalecencia, una unidad de enfermería a largo plazo o una sala de geriatría o un centro de atención prolongada para la atención. De pacientes convalecientes, rehabilitadores o ambulatorios.

**Beneficio de hospitalización:** paga un beneficio por día cuando una persona cubierta está internada en un hospital debido a una lesión o enfermedad cubierta.

**Beneficio de la unidad de cuidados intensivos:** paga un beneficio por día cuando una persona cubierta está internada en una UCI debido a una lesión o enfermedad cubierta. Los beneficios se pagarán a partir del primer día del confinamiento en la UCI cuando el confinamiento en la UCI comience después de la fecha efectiva de la persona cubierta.

**Beneficio de rehabilitación:** paga un beneficio por día cuando una persona cubierta recibe servicios de atención de rehabilitación mientras está internada en una unidad de rehabilitación o centro de enfermería especializada inmediatamente después de un período de internación cubierto debido a una lesión o enfermedad cubierta. Este beneficio no es pagadero además de cualquier otro beneficio de confinamiento provisto bajo la póliza el mismo día. Si se produce más de un confinamiento el mismo día, se pagará el beneficio más alto.]

**Beneficio de cirugía por accidente y enfermedad:** paga el beneficio aplicable por día cuando se realiza un procedimiento quirúrgico a una persona cubierta en un hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de cirugía ambulatoria independiente o un consultorio médico debido a una lesión o enfermedad cubierta.

**Beneficio por tratamiento ambulatorio por accidente y enfermedad:** paga el beneficio aplicable por día cuando una persona cubierta recibe tratamiento en una sala de emergencias, centro de atención de urgencias, consultorio médico o centro de terapia física / del habla / ocupacional debido a una lesión o enfermedad cubierta.

**Beneficio de pruebas de diagnóstico:** paga el beneficio por día aplicable cuando una persona cubierta recibe una de las pruebas de diagnóstico que se enumeran a continuación bajo la recomendación de un médico. Pruebas de imágenes médicas: Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (CT), tomografía axial computarizada (CAT), tomografía por emisión de positrones (PET) o prueba de captación de yodo radioactivo (tiroideas) (RAIU). Estudio avanzado / Pruebas de seguimiento: angio

grama, arteriograma, enema de bario / serie GI inferior, serie de trago de bario / GI superior, mielograma, estudio del sueño, prueba de esfuerzo nuclear o ecocardiograma transesofágico (TEE).

**Beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios:** paga un beneficio por día cuando una persona cubierta tiene una receta escrita llena o rellenada. La receta debe ser ordenada por un médico y debe ser dispensada por un farmacéutico con licencia. Para los fines de este beneficio, la prescripción no incluye: dispositivos o dispositivos terapéuticos; medicamentos experimentales; drogas, medicamentos o insulina utilizados por o administrados a una persona mientras está internado en un hospital, un hogar de descanso, un centro de atención prolongada, un hogar de convalecencia, un hogar de ancianos o una institución similar; agentes de inmunización, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo; o materiales, dispositivos o medicamentos anticonceptivos o medicamentos para la infertilidad, excepto donde sea requerido por la ley.

**Beneficio de ambulancia:** paga un beneficio por día cuando una persona cubierta es transportada en ambulancia aérea o terrestre a un hospital o de un centro médico a otro, donde la persona cubierta es admitida como paciente internado y hospitalizada. Una empresa de ambulancia con licencia debe proporcionar el servicio de ambulancia. Si se requiere el servicio de ambulancia aérea y terrestre en el mismo día, se pagará el beneficio más alto.

**Beneficio preventivo de cirugía electiva:** paga el beneficio aplicable por día cuando se realiza una cirugía profiláctica a una persona cubierta en un hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de cirugía ambulatoria independiente o el consultorio de un médico.

**Exclusiones:** No se pagan beneficios por ninguna pérdida resultante o causada, ya sea directa o indirectamente por: hernia, adenoides, amígdalas, venas varicosas, apéndice, trastorno de los órganos de reproducción dentro de los seis meses posteriores a la fecha de vigencia del certificado, a menos que sea debido a una emergencia; cualquier acto de guerra, declarado o no declarado, o cualquier acto relacionado con la guerra, o servicio activo en las fuerzas armadas, o servicio militar para cualquier país en guerra; (si se suspende la cobertura para cualquier persona cubierta durante un período de servicio militar, le reembolsaremos la parte proporcional de cualquier prima pagada por dicha persona cubierta al recibir la solicitud por escrito del titular de la póliza); tratamiento dental o servicios de visión de rutina a menos que se deba a una lesión y si se realiza dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del accidente cubierto o debido a un defecto congénito o anomalía de nacimiento de un recién nacido cubierto; una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente; cometer, o intentar cometer, un acto ilegal que se define como un delito grave (delito grave es como lo define la ley de la jurisdicción en la que el acto tiene lugar); una lesión o enfermedad incurrida mientras realizaba una ocupación ilegal; cuidado cosmético, excepto cuando el internamiento en el hospital se debe a una cirugía plástica reconstructiva médicamente necesaria (la cirugía plástica reconstructiva médica necesaria se define como: cirugía para restaurar una función corporal normal, cirugía para mejorar el deterioro funcional por alteración anatómica necesaria como resultado de una enfermedad congénita defecto de nacimiento o anomalía de nacimiento, reconstrucción mamaria después de una mastectomía); estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un médico o tomado de acuerdo con las instrucciones del médico (intoxicación significa lo que está determinado y definido por las leyes y la jurisdicción del área geográfica en la que se incurrió la pérdida o la causa de la pérdida); tratamiento experimental, medicamentos o cirugía, excepto en relación con un ensayo clínico de cáncer aprobado; vacunas inseminación artificial, fertilización in vitro, fertilización con probeta, esterilización, ligadura de trompas o vasectomía, y su reversión; participación en cualquier deporte por paga o ganancia; enfermedad mental grave sin enfermedad orgánica demostrable; tratamiento de alcoholismo o drogadicción; servicios para los cuales el pago

## Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

no es legalmente requerido, excepto: Medicaid; tratamiento de discapacidades no relacionadas con el servicio en hospitales de la Administración de Veteranos y atención prestada a jubilados y dependientes de servicios armados en instalaciones médicas militares del Gobierno de los Estados Unidos; aborto voluntario excepto, con respecto a usted o su cónyuge dependiente elegible cubierto: donde la vida de usted o su cónyuge dependiente estaría en peligro si el feto fuera llevado a término o si surgieron complicaciones médicas por el aborto; embarazo de un hijo dependiente elegible; participar en un motín, insurrección, rebelión, conmoción civil, desobediencia civil o reunión ilegal (esto no incluye una pérdida que ocurre mientras se actúa de manera legal dentro del alcance de la autoridad); participación en un concurso de velocidad en vehículos motorizados, paracaidismo o ala delta; viajes aéreos, excepto como pasajero que paga una tarifa en una aerolínea comercial en una ruta programada regularmente o como pasajero solo para transporte y no como piloto o miembro de la tripulación; cambios de sexo; un diagnóstico o tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios, que no puede ser confirmado por un médico con licencia y que ejerza en los Estados Unidos. La persona cubierta, a su propio cargo, es responsable de obtener dicha confirmación.

**Terminación del certificado:** La cobertura de seguro bajo el Certificado, incluidos los pasajeros adjuntos, finalizará en la fecha más temprana de estas: la fecha en que termina la Póliza; la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagar; la fecha en que el Asegurado ya no califica como Asegurado; o la fecha de fallecimiento del asegurado.

**Terminación de la cobertura:** La cobertura de seguro bajo el Certificado y / o cualquier anexo adjunto para una Persona Cubierta finalizará de la siguiente manera: la fecha en que termina la Póliza; la fecha de terminación del Certificado; la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagar; el final del Período de la póliza en el que recibimos una solicitud por escrito del Asegurado para finalizar la cobertura de la Persona cubierta; la fecha en que una Persona Cubierta ya no califica como Asegurado o Dependiente Elegible; o la fecha de la muerte de la Persona Cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier Persona Cubierta que presente un reclamo fraudulento.

**Continuación de Cobertura COBRA:** este plan puede continuarse de acuerdo con la Ley de Conciliación Omnibus Consolidada de 1986.

**Cláusula de Beneficio de Enfermedades Críticas:** Paga un beneficio cuando una persona cubierta tiene una enfermedad crítica cubierta, como se define en el anexo. El beneficio se paga una vez por persona cubierta por año calendario. Una vez que se haya pagado el 100% del monto del beneficio de enfermedad crítica aplicable para una persona cubierta en un año calendario, no hay un monto de beneficio de enfermedad crítica adicional disponible para la persona cubierta en ese mismo año calendario.

Si una persona cubierta recibe un beneficio por carcinoma in situ y luego se le diagnostica otra enfermedad crítica dentro del mismo año calendario, APL pagará el monto del beneficio por enfermedad crítica menos el monto pagado previamente por el carcinoma in situ. En cualquier año calendario, APL no pagará más del 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica. Cualquier enfermedad crítica que no esté específicamente incluida en la definición de enfermedad crítica no se paga bajo este anexo. La fecha de ocurrencia de la enfermedad crítica debe ocurrir en o después de la fecha de vigencia de la persona cubierta o la fecha de vigencia de la cláusula adicional, la que sea posterior, y mientras la cobertura esté vigente.

### **Beneficio de Grupo Limitado Accidente Sólo 24 horas de Seguros (GA508)**

**Cuarto de hospital de emergencia** - Acreedores por médico inicial tratamiento en una sala de emergencia por lesiones accidentales sostenida en un accidente cubierto. Este debe ser el primer tratamiento recibido por tales lesiones y ocurren dentro de las 72 horas siguientes a la accidente cubierto. Este beneficio no se paga si la Oficina del Médico beneficio es pagadero.

**Oficina del Médico** - A pagar por el tratamiento médico en un oficina del médico para las lesiones accidentales sufridas en un accidente cubierto. Este debe ser el primer tratamiento recibidos por dichos lesiones accidentales y ocurren dentro de los 30 días siguientes a la accidente cubierto. Este beneficio no se paga si un Hospital Beneficio sala de emergencias se paga.

**Emergencia Trabajo Dental** - A pagar por el tratamiento dental inicial a reparar los dientes naturales por un médico o dentista dentro de las 72 horas de el accidente cubierto. El trabajo dental necesaria debe ser el resultado de lesiones accidentales sufridas en un accidente cubierto.

**Hospital de Admisión** - Cuentas a pagar de una admisión hospitalaria de una sola vez por accidente cubierto si la persona asegurada se limita hospital por a las lesiones accidentales.

**Diaria por Hospitalización** - Acreedores por Hospitalización es decir más de 18 horas debido a una lesión accidental sostenida en un accidente cubierto. Este beneficio se paga hasta 30 días por persona cubierta por cualquier accidente cubierto. Un hospital es no una institución, o parte del mismo, que se utiliza como: una unidad de cuidados paliativos, incluyendo camas destinadas a un hospicio o una cama abatible; un clínica de reposo; un centro de reposo o de enfermería; una rehabilitación instalación; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o una instalaciones que ofrezcan principalmente de custodia, atención educativa, o la atención o tratamientos para personas que sufren de enfermedades mentales o trastornos o atención para el, o adicción a drogas o alcohol edad.

**Unidad de Cuidados Intensivos** - Acreedores por una persona cubierta que está confinado en una unidad de cuidados intensivos debido a una lesión accidental sostenida en un accidente cubierto. Este beneficio se paga hasta 15 días por persona cubierta por cualquier accidente cubierto. Se paga este beneficio además del beneficio diario por Hospitalización.

**Muerte Accidental** - pagar por una lesión corporal accidental que resultados en la pérdida de la vida de una persona cubierta dentro de los 90 días de un accidente cubierto.

**Desmembramiento** - pagar por una lesión corporal accidental que resultados en la pérdida de un dedo, dedo del pie, mano, brazo, pie, pierna o la vista de un persona cubierta dentro de los 90 días de un accidente cubierto.

**Ambulancia** - Cuentas a pagar de aire de emergencia o ambulancia terrestre transporte hacia o desde un hospital como consecuencia de una cubierta accidente. El servicio de ambulancia debe ser provisto por un licenciado empresa de ambulancias.

**Imágenes Médicas** - pagar, ya sea para una resonancia magnetic Imaging (MRI), una tomografía computarizada (TC), computada Tomografía Axial (TAC), tomografía por emisión de positrons (TEP), o un ultrasonido a petición de un médico debido al una lesión corporal sufrido en un accidente cubierto.

## Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

**Limitaciones y Exclusiones** - La póliza no pagará beneficios por lesiones recibidas antes de la fecha de vigencia del certificado que se agravan por cualquier evento que ocurra después de la fecha de vigencia del certificado. Los beneficios que de otra manera se proveen por la póliza no serán pagaderos por servicios o gastos o cualquier pérdida resultante de o en conexión con: (a) enfermedad, enfermedad o dolencia corporal; (B) lesiones corporales intencionalmente autoinfligidas, suicidio o intento de suicidio, sean cuerdos o locos; C) cualquier acto causado por guerra, declarado o no declarado, o servicio en las fuerzas armadas; (D) participación en cualquier forma de aviación de vuelo que no sea un pasajero que pague con tarifa en una aeronave con licencia completa / pasajeros; (E) participación en cualquier actividad o evento mientras esté bajo la influencia de cualquier narcótico, medicación o sedante, a menos que se prescriba y tome según las indicaciones de un Médico; F) la toma voluntaria de veneno o asfixia por la toma o inhalación voluntaria de veneno, gas o humos distintos de los resultantes de un accidente de trabajo; (G) participación o intento de participar en un delito grave, disturbio o insurrección (Un delito grave se define por la ley de la jurisdicción en la que se desarrolla la actividad); (H) participación en cualquier deporte por pago o ganancia; (I) participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo motorizado por paga o ganancia; J) participación en el paracaidismo, el bungee jumping, el rapel, el alpinismo o el ala delta; K) cualquier infección bacteriana (excepto las infecciones piógenas resultantes de un corte o herida accidental); L) tratamiento médico recibido fuera de los Estados Unidos o de sus territorios.

**Terminación de la cobertura** - La cobertura de seguro bajo el Certificado y / o cualquier anexo adjunto para una Persona Cubierta finalizará de la siguiente manera: la fecha en que termina la Póliza; la fecha de terminación del Certificado; la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagar; el final del Período de la póliza en el que recibimos una solicitud por escrito del Asegurado para finalizar la cobertura de la Persona cubierta; la fecha en que una Persona Cubierta ya no califica como Asegurado o Dependiente Elegible; o la fecha de la muerte de la Persona Cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier Persona Cubierta que presente un reclamo fraudulento.

### **Suplementario Limitado Grupo Beneficio por Enfermedad Grave con Seguro de Beneficios de Cáncer (GCRIT11 Enhanced)\***

**Monto del beneficio por enfermedad grave:** para la cobertura emitida antes del 70 cumpleaños del asegurado, el monto del beneficio por enfermedad crítica vigente para todas las personas cubiertas se reducirá en un 50% en el 70 cumpleaños del asegurado. Para la cobertura emitida después del 70 cumpleaños del Asegurado, la cobertura se emitió a un monto de beneficio reducido.

**Beneficios para Dependientes** - El monto del beneficio por enfermedad crítica para los dependientes es el 50% del monto del beneficio por enfermedad crítica del asegurado primario con la excepción de la Recomendación de angioplastia coronaria que no se reduce. Máximo de un monto de beneficio por enfermedad crítica pagadero por enfermedad crítica, por persona cubierta. La recomendación de angioplastia coronaria solo se paga una vez por persona cubierta, de por vida. Los pagos parciales por la recomendación de cirugía de revascularización coronaria y / o la recomendación de angioplastia coronaria reducen el beneficio de ataque cardíaco. En ningún momento los pagos combinados de los beneficios relacionados con el corazón excederán el 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica.

**Limitaciones** - Cualquier enfermedad crítica que no esté específicamente incluida en la definición de enfermedad crítica no se paga bajo la póliza / certificado. Si la fecha de ocurrencia de dos o más enfermedades críticas se encuentra dentro del mismo período de 24 horas, pagaremos primero la enfermedad crítica que ocurrió. Las enfermedades críticas con una cantidad de beneficio de enfermedad crítica inferior al 100% no están sujetas a este requisito.

**Limitación de afecciones preexistentes** - No se pagan beneficios durante el período de exclusión por afección preexistente después de la fecha de vigencia de la persona cubierta por cualquier enfermedad crítica resultante de una afección preexistente. El período de exclusión de condiciones preexistentes se muestra en la programación del certificado. Si cualquier cambio en la cobertura después de la fecha de vigencia del certificado da como resultado un aumento o adición a la cobertura, la limitación de incontestabilidad y condición preexistente para dicho aumento se basará en la fecha de vigencia de dicho aumento (consulte Cambios en la cobertura en la Póliza / Certificado). Si la cobertura proporcionada por esta póliza reemplaza la póliza de enfermedad crítica existente de su grupo, se puede proporcionar continuidad de cobertura.

**Continuidad de cobertura** - Se proporcionará continuidad de cobertura si el asegurado tiene cobertura previa, tiene cobertura en la fecha de finalización, elige cobertura bajo esta política y la fecha de finalización de la cobertura anterior es inmediatamente anterior a la fecha de vigencia de esta política. Se proporcionará la misma continuidad de cobertura a los dependientes elegibles si estaban asegurados bajo la cobertura anterior. Se debe proporcionar una prueba de cobertura según la política de la compañía anterior al momento de la reclamación.

**Exclusiones** - No pagaremos beneficios por ninguna enfermedad crítica resultante o causada, ya sea directa o indirectamente, por (a) guerra o cualquier acto causado por la guerra, ya sea declarada o no declarada, o servicio activo en las fuerzas armadas (esta exclusión incluye accidente sostenido o enfermedad contraída durante el servicio de cualquier fuerza militar, naval o aérea de cualquier país involucrado en la guerra. Si se suspende la cobertura para cualquier persona cubierta durante un período de servicio militar, le reembolsaremos la parte proporcional de cualquier prima pagada por cualquier dicha persona cubierta al recibir la solicitud por escrito del titular de la póliza); (b) intencionalmente lesión o enfermedad autoinfligida; (c) suicidio o intento de suicidio, mientras esté cuerdo o loco; (d) participar en un motín, insurrección, rebelión, conmoción civil, desobediencia civil o asamblea ilegal (Esto no incluye una pérdida que ocurre mientras actúa de manera legal dentro del alcance de la autoridad); (e) estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un médico o tomado de acuerdo con las instrucciones del médico; (Intoxicación significa lo que está determinado y definido por las leyes y jurisdicción del área geográfica en la que ocurrió el evento que causó la enfermedad crítica). (f) cometer o intentar cometer un acto ilegal que se define como un delito grave ("delito grave" es como lo define la ley de la jurisdicción en la que el acto tiene lugar.); (g) estar encarcelado en cualquier tipo de institución penal; (h) alcoholismo o drogadicción; (i) un diagnóstico recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios, que no puede ser confirmado por un médico con licencia y que ejerza en los Estados Unidos. Usted, a su propio cargo, es responsable de obtener dicha confirmación; (j) cirugía estética o cirugía lasik, incluidas sus complicaciones. (La corrección de defectos congénitos o anomalías congénitas de un niño, o la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión cubierta se cubrirán como cualquier otra enfermedad o lesión); (k) perforaciones, incluidas sus complicaciones.

**Cambios en las primas** - APL puede cambiar las tarifas de las primas en la fecha del primer aniversario de esta política o en cualquier fecha de vencimiento de la prima posterior. No se realizará dicho aumento en las tarifas a menos que se notifique al titular de la póliza con 60 días de anticipación. Si un cambio en los beneficios aumenta nuestra responsabilidad, las tarifas de las primas pueden cambiarse en la fecha en que se incrementa la responsabilidad. Las primas no aumentarán durante los primeros 12 meses de cobertura.

## Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

**Opcionalmente renovable** - Esta política es renovable a opción de APL. El titular de la póliza o APL puede rescindir la póliza en cualquier fecha de vencimiento de la prima después del primer aniversario posterior a la fecha de vigencia de la póliza, sujeto a un aviso por escrito de 60 días.

**Terminación de la cobertura** - Su cobertura de seguro conforme a este certificado y cualquier anexo adjunto para una persona cubierta finalizará de la siguiente manera: (a) la fecha en que termina la póliza; (b) la fecha de terminación del certificado; (c) el final del período de gracia si la prima sigue sin pagar; (d) la fecha en que se pagó el monto máximo de beneficio por enfermedad crítica para todas las enfermedades críticas cubiertas para todas las personas cubiertas; (e) la fecha en que el seguro ha cesado para todas las personas cubiertas por este certificado; (f) el final del período del certificado en el que el titular de la póliza solicita terminar la cobertura o la cobertura de un dependiente elegible; (g) la fecha en que usted o una persona cubierta ya no califica como asegurado o dependiente elegible (a menos que continúe este certificado bajo portabilidad); o (h) la fecha de su muerte o la muerte de la persona cubierta.

### **Beneficios de Enfermedades Críticas de Cáncer para Dependientes**

La cantidad del beneficio por enfermedad crítica para los dependientes es el 50% del asegurado primario con la excepción del Beneficio de cáncer de piel que no se reduce. Máximo de un monto de beneficio por enfermedad crítica pagadero por enfermedad crítica, por persona cubierta. El beneficio de cáncer de piel solo se paga una vez por persona cubierta, de por vida. Los pagos parciales por carcinoma in situ y / o cáncer de piel reducen el beneficio del cáncer invasivo. En ningún momento los pagos combinados de los beneficios relacionados con el cáncer excederán el 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica.

### **Limitaciones del Beneficio de la Enfermedad Crítica del Cáncer**

Los beneficios de Carcinoma in situ y / o cáncer de piel se pagan solo una vez por persona cubierta, de por vida. Si una persona cubierta ha recibido previamente un beneficio por cáncer invasivo, entonces el 100% de los beneficios relacionados con el cáncer se han agotado y estos beneficios no son pagaderos. Las fechas de aparición de carcinoma in situ y cáncer de piel no están sujetas al período de separación de 180 días. El primer diagnóstico de carcinoma in situ o cáncer de piel debe ocurrir después de la fecha de entrada en vigencia del pasajero o la fecha de entrada en vigencia de la persona cubierta bajo este jinete, lo que ocurra más tarde.

### **Enfermedad crítica por cáncer Beneficio Condición preexistente**

**Exclusión** - No se pagarán beneficios durante el Período de exclusión de afecciones preexistentes después de la fecha de vigencia de la cláusula adicional o la Fecha de vigencia de la Persona cubierta en virtud de esta cláusula, la que sea posterior, para cualquier Carcinoma in situ, Cáncer invasivo o Cáncer de piel resultante de una afección preexistente. El Período de exclusión de condiciones preexistentes se muestra en el calendario del certificado. Los beneficios de este anexo estarán sujetos al nuevo Período de exclusión de condiciones preexistentes si este anexo se agrega a la póliza / certificado después de la fecha de vigencia de la póliza / certificado. El nuevo Período de exclusión de afecciones preexistentes se medirá a partir de la fecha de entrada en vigencia del pasajero o la fecha de entrada en vigencia de la persona cubierta, la que sea posterior.

### **Terminación del Beneficio de Enfermedad Crítica del Cáncer**

Todas las cláusulas adicionales finalizarán y la cobertura terminará para todas las personas cubiertas en lo que ocurra primero entre: el final del período de gracia si la prima de esta cláusula adicional permanece sin pagar; la fecha en que finaliza la póliza o el certificado al que se adjunta esta cláusula adicional; el final del período del certificado en el que recibimos una solicitud por escrito del titular de la póliza para rescindir este anexo; la fecha en que se pagó el 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica para todos los beneficios por enfermedad crítica combinados para todas las personas cubiertas bajo esta cláusula adicional; la fecha de tu muerte.

**\* Los beneficios pagaderos para cualquier persona cubierta que también esté cubierta por Medicaid se pagarán directamente a Medicaid según lo exija la ley.**

### **Grupo de discapacidad a corto plazo Seguro de Ingreso (GDIS11)+**

Los pagos por incapacidad se pagan cuando usted está incapacitado debido a una lesión o enfermedad cubierta mientras que la cobertura está en vigor. Discapacidad pagos serán proporcionados por cada período permanece incapacitado debido a una discapacidad cubierta y bajo el regular y apropiada cuidado de un médico, que continúa más allá de la eliminación período. Los pagos por incapacidad serán proporcionados por una sola discapacidad cuando existe más de una discapacidad, al mismo tiempo o unos resultados por incapacidad de dos o más causas. Discapacidad sera considera que ha comenzado en la fecha que se veían y trataban por un médico después del cese continuo de trabajo. Monto del beneficio mensual que no exceda el 60% de su remuneración mensual.

### **Condición preexistente Limitación**

- Limitación de la condición preexistente - No se pagará ninguna prestación por incapacidad si la discapacidad es causada por una condición preexistente y se inicia antes de que haya estado continuamente cubierta bajo la póliza durante 12 meses. Esta disposición no se aplicará si usted ha ido libre de tratamiento, no ha incurrido en ningún gasto, no ha tomado ningún medicamento y no recibió ningún diagnóstico o asesoramiento de un médico durante 12 meses consecutivos después de la fecha de vigencia de la cobertura de tales condiciones. Esta limitación no se aplicará a una discapacidad resultante de una condición preexistente que comienza después de haber estado continuamente cubierta bajo la póliza durante 12 meses. Cualquier aumento en los beneficios estará sujeto a esta limitación de condición preexistente. Un nuevo período de condición pre-existente debe ser satisfecho con respecto a cualquier aumento solicitado y aprobado por APL. Condición preexistente es una enfermedad, lesión, enfermedad, condición física o enfermedad mental por la cual usted ha experimentado tratamiento, incurrió en gastos, tomó medicamentos, recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas o recibió un diagnóstico o consejo de un médico, Durante el período de 12 meses inmediatamente antes de la fecha efectiva de su cobertura. El término condición preexistente también incluirá condiciones relacionadas con tal enfermedad, lesión, enfermedad, condición física o enfermedad mental.

### **Continuidad de Cobertura / Adquisición**

- Disponible para todos los empleados que están asegurados por la póliza de discapacidad colectiva actual de su empleador si la póliza actual proporciona un beneficio por enfermedad y el plan propuesto por APL tiene un período de beneficios similar o menor. Si usted estaba asegurado por la póliza de ingresos por discapacidad del grupo de la compañía anterior en la fecha del cambio en la cobertura a una póliza de ingresos por discapacidad del grupo suscrita por APL y no estaba sujeta a una limitación de condición preexistente bajo la póliza anterior del transportista, -La limitación de la condición existente bajo la política APL. Sin embargo, si usted está sujeto a una limitación de condición preexistente bajo la póliza del transportista anterior, se le otorgará crédito para satisfacer la limitación de la condición preexistente de la póliza de APL durante el período de tiempo que estuvo cubierto continuamente por el transportista anterior política. Cualquier aumento en la cantidad del beneficio estará sujeto a una limitación de condición preexistente. Esta disposición solo se aplica hasta la cantidad de cobertura que usted tenía con el transportista de invalidez del grupo anterior. Si usted no estaba inscrito bajo el plan del transportista de incapacidad grupal previo del empleador actual, los pagos de los beneficios estarán sujetos a la limitación de la condición preexistente.

**Beneficio Mínimo de Discapacidad** - El pago de incapacidad pagadera no será menor que 10% o \$ 100 de su beneficio por incapacidad mensual, el que sea mayor.

**Beneficio Limitado de la Enfermedad Mental** - Si usted se incapacita debido a una enfermedad mental, los pagos de la discapacidad serán pagados hasta tres meses siempre que usted esté bajo el cuidado regular y apropiado de un médico, y reciba tratamiento médico de: un especialista registrado en psiquiatría; Un médico que administre tratamiento siguiendo el consejo de un especialista registrado en psiquiatría que certifique que dicho tratamiento es médicamente necesario; O un médico, si en nuestra opinión, un especialista en psiquiatría no está obligado a certificar que dicho tratamiento es médicamente necesario.

**Beneficio Limitado a la Adicción al Alcohol y las Drogas** - Si usted está discapacitado debido al alcoholismo o a la drogadicción, se le pagará un beneficio de incapacidad limitado de hasta 15 días por cada discapacidad. En ningún caso los beneficios serán pagados más allá del período máximo de incapacidad que se muestra en el plan de prestaciones de la póliza. Si la drogadicción se sostiene en las manos de, o mientras bajo el cuidado regular y apropiado de un médico en el curso del tratamiento por lesión o enfermedad, se cubrirá lo mismo que cualquier otra enfermedad.

**Fuentes Deducibles de Ingresos** - Fuentes Deducibles de Ingresos incluirán todo lo siguiente: (a) Otros ingresos por discapacidad del grupo; B) Sistema gubernamental u otro sistema de jubilación, ya sea por incapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de prestaciones de jubilación; (C) Ley del Seguro Social de los Estados Unidos o plan o acto similar, incluyendo cualquier monto adeudado a su (s) dependiente (s) debido a su discapacidad; D) Incapacidad del Estado e) Compensación por desempleo; (F) Licencia por enfermedad u otros planes de sueldos o salarios proporcionados por el empleador que se extiendan más allá de 30 días calendario a partir de la fecha de la incapacidad.

**Exclusiones** - La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que resulte de cualquiera de los siguientes: (a) Lesión intencionalmente autoinfligida mientras esté sano o loco; B) Un acto de guerra, declarado o no declarado; C) Lesiones sufridas o enfermedades contraídas en el servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; (D) Cometer un delito grave; E) Encarcelamiento penal. No pagaremos beneficios por incapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período durante el cual usted está encarcelado en una institución penal o correccional por un período de 30 días consecutivos o más; (F) Lesión o enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por un salario o utilidad, o por lo cual usted tiene derecho a Compensación para Trabajadores. El término "derecho a Compensación al Trabajador" también incluirá los asentamientos de reclamación de Compensación de Trabajadores que ocurran mediante el compromiso y la liberación. Además, no se pagarán beneficios bajo esta póliza por ningún período durante el cual tenga derecho a beneficios de Compensación para Trabajadores. Jinete de póliza

**Terminación de la cobertura** - La cobertura de seguro bajo el Certificado y / o cualquier anexo adjunto finalizará en la fecha más temprana de estas: (a) la fecha en que no cumpla con los requisitos de Elegibilidad definidos en la Sección 2; (b) la fecha en que se jubila; (c) la fecha en que deja de estar en un Empleo Activo como se define en la Sección 1, excepto según lo dispuesto en la disposición de Permiso de Ausencia en esta Sección; (d) la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagarse; (e) el final del Período del Certificado en el que recibimos una solicitud por escrito de Usted para finalizar Su cobertura; (f) la fecha en que termina la Póliza; (g) la fecha de terminación del Certificado; o (h) la fecha en que termina su empleo. Si su cobertura finaliza como resultado de su terminación del empleo activo, dicha terminación es causada por una lesión o enfermedad por la cual se pagarían los beneficios por discapacidad; y La discapacidad se establece antes de la terminación del Empleo Activo, entonces los Beneficios por discapacidad se pagarán como si dicha terminación no hubiera ocurrido. Podemos finalizar su cobertura si hace un reclamo fraudulento.

+ Si solicita cobertura de ingresos por incapacidad, OTROS INGRESOS QUE TENGO DERECHO A RECIBIR, SI APLICABLES, REDUCIR MI BENEFICIO MENSUAL. DEBERÍA LISTO MI CERTIFICADO PARA MÁS INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE EL CÓMO LOS OTROS INGRESOS REDUCIRÁN MI BENEFICIO.

#### **Grupo Dental (D-4)**

Paga un beneficio basado en el porcentaje permitido y los cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR) al recibir la prueba de pérdida de los servicios y procedimientos dentales cubiertos incurridos para usted y sus dependientes elegibles que estén asegurados bajo la póliza / certificado. Los beneficios son pagaderos hasta el máximo del beneficio por cada año calendario. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles aplicables, máximos y limitaciones contenidos en la póliza / certificado. Los beneficios solo se pagan por los servicios y procedimientos dentales cubiertos enumerados y los servicios y procedimientos dentales cubiertos se inician y completan mientras la persona está asegurada bajo la póliza.

**Citar de Beneficios** - Siempre que el costo estimado de un plan de tratamiento dental recomendado exceda \$ 300, el plan de tratamiento debe ser sometido a APL para su revisión antes de que comience el tratamiento. El plan de tratamiento debe ir acompañado de radiografías preoperatorias de apoyo y cualquier otro material de diagnóstico apropiado que nosotros o nuestros consultores dentales solicitamos. Le notificaremos a usted y al dentista asistente de los beneficios estimados pagaderos basados en el plan de tratamiento. Al determinar el monto de las prestaciones pagaderas, se dará consideración a procedimientos alternativos que puedan lograr un resultado profesionalmente satisfactorio.

**Beneficios Alternos** - A menudo hay más de un servicio que puede usarse para tratar un problema o enfermedad dental. Al determinar los beneficios pagaderos en una reclamación, se considerarán diferentes materiales y métodos de tratamiento. El monto pagadero se limitará al costo dental cubierto por el servicio menos costoso, que cumple con los estándares ampliamente aceptados de atención dental según lo determinado por APL. Usted y su dentista pueden decidir sobre un procedimiento o material más costoso que hemos determinado que es satisfactorio para el tratamiento de la condición. Pagaremos un beneficio por el costo del procedimiento o material más costoso. Sin embargo, el pago se limitará a los gastos dentales cubiertos sujetos a cualquier deducible o co-seguro, por el servicio menos costoso. No pagaremos el monto en exceso.

**Beneficios para servicios temporales** - Un servicio dental temporal será considerado parte integral del servicio dental final en lugar de ser un servicio separado. El beneficio combinado pagadero por un servicio temporal y el servicio dental final se limitará al máximo beneficio pagadero por el servicio dental final.

**Separación** - Cuando se realizan ciertos servicios dentales complicados, otros servicios menos extensos se realizan al mismo tiempo, como componentes del servicio primario. Para fines de beneficios bajo la póliza, estos servicios menos extensos se consideran componentes integrales del servicio primario. Incluso si el dentista factura por separado para el servicio primario y cada una de sus partes componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al costo dental cubierto para el servicio primario.

**Limitaciones** - Algunos beneficios están sujetos a limitaciones. Consulte la lista de servicios y procedimientos dentales cubiertos en su póliza / certificado para obtener detalles completos.

## Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

**Terminación** - La cobertura de seguro bajo el Certificado y / o cualquier anexo adjunto para una Persona Asegurada y / o sus Dependientes finalizará de la siguiente manera: a) la fecha en que termina la Póliza; b) la fecha de terminación del Certificado; c) la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima no ha sido pagada; d) el final del Período del Certificado en el que recibimos una solicitud por escrito de la Persona Asegurada para finalizar su cobertura o la cobertura de la cobertura de cualquier Persona dependiente; e) la fecha en que un dependiente no calificado califica como dependiente elegible; o f) la fecha de fallecimiento de la persona asegurada o dependiente. Podemos finalizar la cobertura de cualquier persona asegurada que presente un reclamo fraudulento.

**Exclusiones** - Los gastos dentales cubiertos no incluyen y no se proporcionan beneficios para lo siguiente: a) servicios que no están incluidos en la lista de servicios y procedimientos dentales cubiertos, los cuales no son servicios necesarios o para los cuales no se hubiese cobrado La ausencia de seguro; B) cualquier servicio que no se pueda razonablemente esperar para corregir con éxito la condición dental del paciente durante un período de al menos 3 años, según lo determine APL; C) las coronas, inlays, onlays, restauraciones de yeso u otras restauraciones preparadas en laboratorio sobre los dientes, que se pueden restaurar satisfactoriamente con un relleno de amalgama o resina compuesta; D) los aparatos, las incrustaciones, las restauraciones de colada, las coronas u otras restauraciones preparadas en el laboratorio utilizadas principalmente para la férula; E) cualquier servicio o aparato cuyo único o principal propósito se refiera al cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; F) cualquier servicio prestado principalmente con fines cosméticos. Los revestimientos sobre coronas o unidades de puente sobre dientes molares siempre se considerarán cosméticos; G) la colocación inicial de una prótesis total removible o una prótesis parcial removible a menos que incluya la sustitución de un diente natural funcionando extraído mientras la persona esté asegurada bajo la póliza; H) la colocación inicial de una prótesis parcial fija, incluyendo un puente de Maryland, a menos que incluya la sustitución de un diente natural funcionando extraído mientras la persona esté asegurada bajo la póliza, siempre que el diente no fuera un pilar de una prótesis parcial existente que sea menor De 5 años de edad o a una prótesis parcial fija existente o puente de Maryland que es menor de 7 años de edad. Los beneficios son pagaderos solamente por el reemplazo de los dientes que fueron extraídos mientras la persona estaba asegurada bajo la póliza; I) sustitución de una prótesis parcial, dentadura completa o prótesis parcial fija (incluyendo un puente de Maryland) o la adición de dientes a una prótesis parcial a menos que: 1) el reemplazo ocurra al menos 5 años después de la fecha inicial de inserción de la prótesis total o parcial actual; 2) el reemplazo ocurra al menos 7 años después de la fecha inicial de inserción de una prótesis parcial fija existente o puente de Maryland; 3) la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere por la extracción necesaria de un diente natural funcionando mientras la persona está asegurada bajo la póliza, siempre que el diente no fuera un pilar de una prótesis parcial existente que sea menor De 5 años de edad o de una prótesis parcial fija existente o un puente de Maryland que tenga menos de 7 años de edad; 4) el reemplazo es necesario por una lesión dental cubierta siempre que el reemplazo se complete dentro de los 6 meses de la lesión. Las lesiones de masticación no se consideran lesiones dentales cubiertas; J) la sustitución de coronas, restauraciones de yeso, incrustaciones, onlays u otras restauraciones preparadas en laboratorio dentro de los 7 años de la fecha de inserción; K) sustitución de un puente, prótesis parcial, dentadura completa, corona, restauración de yeso, incrustación, onlay u otra restauración preparada en laboratorio que pueda ser restaurada para funcionar; L) la sustitución de los dientes más allá del complemento normal de 32; M) colocación o extracción de implantes y todos los servicios relacionados; Y

n) coronas, dentaduras parciales fijas y cualquier prótesis dental para colocación sobre implantes o con el apoyo de éstos; O) La sustitución de una prótesis parcial removible existente por una prótesis parcial fija, a menos que sea necesario actualizar a una prótesis parcial fija para corregir la condición dental del Asegurado; P) protectores bucales deportivos; Terapia miofuncional; control de infección; Fijaciones de precisión o semipreciosas; Duplicación de dentaduras; Instrucción de higiene oral; Cargas separadas para grabado ácido; Tratamiento de fracturas de mandíbula; Cirugía ortognática; Exámenes requeridos por un tercero que no sea Nosotros, suministros personales (por ejemplo, pik de agua, cepillo de dientes, soporte de seda, etc.); O reemplazo de aparatos perdidos o robados; Q) Cargos por tiempo de viaje; costos de transporte; O asesoramiento profesional dado por teléfono; R) Tratamiento ortodóncico (a menos que la póliza incluya al jinete de gastos de ortodoncia); S) Servicios que son un gasto cubierto bajo cualquier otro plan que es proporcionado por el Tomador de la póliza y por el cual es elegible; T) Servicios prestados por un dentista que sea miembro de la familia de la persona asegurada. La familia de la persona asegurada está limitada a su cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos y los hermanos y padres del cónyuge; U) Los gastos, incluidos los gastos accesorios, realizados por un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio o una instalación similar; V) Todos los cargos que excedan los cargos usuales, acostumbrados y razonables por cualquier servicio o procedimiento dental cubierto; W) Cualquier cargo por citas no guardadas; X) Cualquier cargo por llenar los formularios de reclamación; Y) Los cargos por Servicios realizados o iniciados antes de la fecha en que la Persona Asegurada se aseguró bajo el presente; O las cargas incurridas después de la terminación del seguro; z) El costo de los productos farmacéuticos; aa) ATM (temporamandibular Conjunta) tratamiento o servicios o suministros prestados para la reconstrucción de toda la boca o la corrección dimensión vertical a menos que la política incluye el gasto del jinete de la ATM; bb) El tratamiento dental no ha sido aprobado por la Asociación Dental Americana, o lo que es claramente de naturaleza experimental; cc) Los servicios o suministros prestados para la planificación de la dieta para el control de la caries dental, la placa o de instrucción de higiene oral; dd) Servicios o suministros proporcionados por o pagados por cualquier gobierno o el gobierno emplean Dentista, a menos que la persona afectada es un recipiente de Medicaid y / o está legalmente obligado a pagar por tales servicios o suministros; ee) Cualquier tratamiento no prescrito por un dentista o médico o no médico realizado por un odontólogo; ff) los dientes ausencia congénita a menos que se extrae un diente de leche retenido mientras la persona está asegurado; gg) anestésico local como una tarifa por separado; hh) Cualquier cargo por un servicio realizado fuera de los Estados Unidos que no sea para tratamiento de emergencia. Beneficios para tratamiento de emergencia a cabo fuera de los Estados Unidos se limitan a un máximo de \$ 100 por año; ii) Cualquier cargo por un servicio requerido como resultado de una enfermedad o lesión que se debe a la guerra o un acto de guerra (declarada o no); tomar parte en una insurrección o motín; cometer o intentar cometer un delito; un suicidio autoinfligidas intencionalmente lesiones o intentó sano juicio o no; jj) Cualquier cargo por un servicio por el cual los beneficios están disponibles bajo la Compensación del Trabajador o un Enfermedades Ocupacionales; Ley, incluso si la persona asegurada no compró la cobertura que está disponible para él / ella; kk) Cualquier servicio para el que no se requiere que la persona asegurada a pagar menos que el pago de beneficios es obligatoria por ley y sólo en la medida requerida por la ley; ll) Cualquier plan de tratamiento que implica la reconstrucción de toda la boca por la eliminación y restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con restauraciones, coronas, onlays, incrustaciones, dentaduras parciales fijas, prótesis dentales, o cualquier combinación de estos servicios. Jinete de póliza.

### Seguro de Vida a Término de Grupo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD & D)

Sujeto a todas las provisiones contenidas en la póliza, los beneficios pagaderos en una cantidad a su muerte serán el monto del beneficio, menos cualquier prima vencida y no pagada, más la porción de cualquier prima pagada que se aplique a un período más allá del período de fallecimiento. Más el monto del seguro proporcionado por los corredores adjuntos, si corresponde. A la edad de 65 años, los beneficios se reducirán en un 25% del monto del beneficio original. A la edad de 70 años, los beneficios se reducirán aún más en un 25% adicional para una reducción total del 50% del monto del beneficio original. La póliza y los corredores adjuntos no tienen valor en efectivo.

**Conversión** - La cobertura proporcionada bajo el certificado puede convertirse en una póliza individual en la vida de una persona cubierta si ninguna prima está en defecto en ese momento. No se requerirá evidencia de asegurable. Si la cobertura terminó por cualquier razón que no sea la falta de pago de la prima, la cobertura se puede convertir durante uno de los siguientes períodos de conversión: dentro de los 31 días a partir de la fecha en que la cobertura sea cancelada por el asegurado o por nosotros; Dentro de 31 días a partir de la fecha en que la persona cubierta deja de ser un asegurado o dependiente elegible; Dentro de los 31 días de la fecha en que el seguro de vida de la persona cubierta se reduce debido al logro de una edad especificada, el empleado cambia de una clase elegible a otra o un cambio de política; O dentro de 31 días a partir de la fecha de continuación, si alguna termina.

**Provisión de suicidio** - No pagaremos los ingresos si la persona cubierta se suicida, mientras esté cuerda o loca, dentro de un año durante la vida de la persona cubierta. En su lugar, devolveremos todas las primas pagadas menos cualquier endeudamiento.

**Terminación de Cobertura** - La cobertura de seguro para una persona cubierta cesará en la fecha más temprana de estas fechas: la fecha en que este certificado termina, la fecha en que el asegurado solicita terminar la cobertura para un dependiente elegible, la fecha en que la persona cubierta ya no califica como Un asegurado o dependiente elegible o la fecha de la muerte de la persona cubierta. Podemos cancelar la cobertura de cualquier persona que presente una reclamación fraudulenta.

**Muerte Accidental y Desmembramiento** - Pagaremos la indemnización por muerte accidental indicada en el cronograma de seguro en el certificado en el momento de la reclamación de acuerdo con los términos de la póliza / certificado y este jinete. Debemos recibir pruebas de que la muerte de la persona cubierta resultó de una lesión corporal accidental, la muerte de la persona cubierta ocurrió dentro de los 180 días de la fecha de la lesión y la lesión corporal accidental que causó la muerte de la persona cubierta ocurrió mientras la póliza y este jinete Estaban en vigor. Este piloto no tiene valor en efectivo en ningún momento.

**Limitaciones y Exclusiones** - No se pagarán beneficios bajo este corredor si la muerte de la persona cubierta resulta directa o indirectamente de cualquiera de las siguientes causas: guerra o cualquier acto causado por guerra mientras la persona cubierta está en servicio militar; Cualquier intento de suicidio o lesión intencionalmente autoinfligida, mientras sea sano o insano; Participación activa en un motín o insurrección; Tomar voluntariamente cualquier medicamento, a menos que sea administrado por un médico y tomado de acuerdo con las instrucciones del médico; Tomar voluntariamente cualquier tipo de veneno o inhalar cualquier tipo de gas o humos, a menos que sea resultado directo de un accidente de trabajo; Cometer o intentar cometer un delito grave; Enfermedad o dolencia de la mente o del cuerpo, o tratamiento médico o quirúrgico de dicha enfermedad o dolencia; O infección que no ocurre como un resultado directo o consecuencia de la lesión corporal accidental. La suma de todos los pagos efectuados bajo este corredor para una persona cubierta no excederá el monto del beneficio de jinete para esa persona cubierta que se muestra en la lista de seguro en el certificado.

**Terminación de Cobertura** - La cobertura de seguro para una persona cubierta cesará en la fecha más temprana de estas fechas: la fecha en que termina este pasajero, la fecha en que se pagó la totalidad de muerte accidental y desmembramiento por esa persona cubierta, El fin del período de gracia si la prima para esa persona cubierta permanece sin pagar, la fecha en que el asegurado solicita terminar la cobertura para un dependiente elegible, la fecha en que la persona cubierta ya no califica como asegurado o dependiente elegible, Fecha de la muerte de la persona cubierta.

**La cobertura de AD & D se aplica a Empleados Solamente.**

---

Suscrita por American Public Life Insurance Company. Las páginas anteriores son una breve descripción de cada cobertura. **Estos productos no son apropiados para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid.** Las políticas se consideran un plan de beneficios de previsión social establecido y / o mantenida por una asociación o empleador destinado a ser cubierto por ERISA, y serán administradas y ejecutadas bajo ERISA. Las directivas de grupo emitidos a entidades gubernamentales y municipios pueden estar exentos de ERISA directrices. APL es responsable sólo por las pérdidas relacionadas con los productos de asegurados y no será responsable de las pérdidas relacionadas con los planes autofinanciados APL.

≠ **Los productos de APL no están diseñados para cumplir con los mínimos requisitos de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.**

## **Especificaciones de cobertura de los productos proporcionados por MetLife**

### Visión

Descargo de responsabilidad: Todas las determinaciones finales de beneficios, administrativos deberes y las definiciones se rigen por el Certificado de Seguro para su plan de la vista.

## **Especificaciones de cobertura para productos proporcionados por Benefits in a Card**

### Virtual Urgent Care

Es posible que se apliquen requisitos de telesalud adicionales o diferentes en ciertos estados. Los proveedores de atención médica autorizados ofrecen servicios clínicos a través de consultorios médicos y otros proveedores de la red. Para emergencias llame al 911. Esto no es un seguro.

## **Especificaciones de cobertura para productos proporcionados por IDX Social Plus**

### IDX Social Plus

IDX Social Plus by ID Experts brinda protección contra el robo de identidad para ayudarlo a mantenerse a salvo del fraude. Al aplicar el mismo nivel de protección que usan las empresas Fortune 500 y las instituciones gubernamentales, la plataforma IDX Social Plus protege las identidades de las personas y sus familias, brindándole la única cobertura con una Garantía de Recuperación del 100%.

**AVISO IMPORTANTE PARA LAS PERSONAS EN MEDICARE  
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE`**

**ESTO NO ES MEDICARE SUPLEMENTO DE SEGUROS**

Este seguro paga una cantidad fija en dólares, independientemente de sus gastos, si cumple con las condiciones mencionadas en la póliza. No paga sus deducibles de coseguro y no es un sustituto de un seguro complementario de Medicare.

*Este seguro duplica los beneficios de Medicare cuando:*

- cualquier gasto o servicios cubiertos por la póliza también están cubiertos por Medicare

*Medicare paga por lo general durante la mayor parte o la totalidad de estos gastos.*

*Medicare paga beneficios amplios para los servicios médicos necesarios, independientemente de la razón que usted los necesita. Éstas incluyen:*

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Cuidado de hospicio
- Otros artículos y servicios aprobados

**ANTES DE COMPRAR ESTE SEGURO**

- Compruebe la cobertura en todas las pólizas de seguros de salud que usted ya tiene.
- Para obtener más información acerca de Medicare y el seguro complementario de Medicare, revisar la ***Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare***, disponible de la compañía de seguros.
- Para obtener ayuda en la comprensión de su seguro médico, póngase en contacto con su estado departamento de seguros o programa de asesoramiento sobre seguros de alto nivel del Estado.



805.323.3700  
[www.mybiac.com/partnerspersonnel](http://www.mybiac.com/partnerspersonnel)



800.256.8606  
[ampublic.com](http://ampublic.com)



855.638.3931  
[www.metlife.com/mybenefits](http://www.metlife.com/mybenefits)



800-497-4856  
[virtualcare.benefitsinacard.com](http://virtualcare.benefitsinacard.com)



800.939.4170  
[www.idexpertscorp.com](http://www.idexpertscorp.com)



888.837.3379  
[www.freerx.com](http://www.freerx.com)