

Seguro médico de corto plazo SureCare

**IMPORTANTE: Este es un certificado de duración limitada a corto plazo,
NO es una cobertura de salud integral**

Este certificado temporal limitado ofrece menos beneficios y protecciones federales que otras opciones de seguros de salud, como las disponibles en HealthCare.gov.

Este certificado	Seguro en HealthCare.gov
Podría no cubrirlo a usted por condiciones de salud preexistentes, como diabetes, cáncer, accidente cerebrovascular, artritis, enfermedad cardíaca, trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	No puede negarle cobertura debido a condiciones de salud preexistentes
Podría no cubrir servicios como medicamentos recetados, pruebas preventivas, atención de maternidad, servicios de emergencia, hospitalización, cuidado pediátrico, terapia física y más	Cubre todos los beneficios esenciales de salud
Podría no tener límite en lo que usted paga de su bolsillo por la atención	Lo protege con límites en lo que paga anualmente de su bolsillo por los beneficios esenciales de salud
No calificará para ayuda financiera federal para cubrir primas ni gastos de bolsillo	Muchas personas califican para recibir ayuda financiera federal
No está obligado a cumplir con los estándares federales para una cobertura de salud integral	Todos los planes deben cumplir con los estándares federales

¿Busca un seguro de salud integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para explorar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener un seguro de salud a través de su trabajo o del empleo de un familiar, contacte al empleador.

¿Preguntas sobre este certificado?

Si tiene preguntas o quejas sobre este certificado, contacte al Departamento de Seguros de su estado. Encuentre el número en el sitio web de la National Association of Insurance Commissioners ([naic.org](https://www.naic.org)), bajo la sección "Insurance Departments" (Departamentos de seguros).

Seguro médico de corto plazo SureCare



Esta póliza de seguro médico de corto plazo (Formulario de Certificado N.º STM-CRT-19) es comercializada por Pivot Health, una división de Healthcare.com, y está suscrita por Pan-American Life Insurance Company.

Esta traducción se proporciona únicamente para facilitar la comprensión, pero la versión en inglés tiene prioridad y prevalecerá en caso de discrepancias.

¿Por qué elegir un Plan de seguro médico de corto plazo SureCare?

Los planes de seguro médico de corto plazo (STM, por sus siglas en inglés) ofrecen cobertura por un período limitado para ayudar a cubrir gastos médicos. Este plan flexible de gastos médicos está diseñado para cubrir las brechas en la cobertura médica ocasionadas por situaciones temporales. Si se encuentra en un período de transición o busca cobertura que comience al día siguiente, considere un plan de seguro médico de corto plazo.

Características clave de los planes SureCare

- ✓ Visitas ilimitadas a consultorios médicos, con copago de \$30 para atención primaria y especialistas.
- ✓ Inmunizaciones infantiles cubiertas al 80%
- ✓ Exámenes de próstata, mamografías y pruebas de detección de cáncer de cuello uterino
- ✓ Sin red de proveedores restringida
- ✓ Sin copagos por visitas a la sala de emergencias
- ✓ Sin copagos por hospitalización
- ✓ Examen preventivo anual para adultos con un copago de \$50, sin aplicar el deducible
- ✓ El deducible no aplica para pruebas rutinarias de próstata, consultas anuales de ginecología y mamografías, y el plan cubre el 80% hasta alcanzar el máximo de coseguro. Posteriormente, el plan cubre el 100%.
- ✓ Terapia física, del habla y ocupacional, así como servicios para salud mental y trastornos nerviosos, cubiertos hasta \$100 por día una vez cubierto el deducible
- ✓ Fechas de vigencia disponibles al día siguiente para lesiones¹

Guía rápida del Plan SureCare

Detalles del plan	Páginas 4-5
Valor del acceso a todos los proveedores (precios basados en la referencia)	Página 6
Resumen de gastos médicos	Páginas 7-8
Exclusiones y limitaciones	Páginas 9-13
Disposiciones de la Póliza e Información de la Compañía	Páginas 14-15

Esta cobertura no está obligada a cumplir con ciertos requisitos federales del mercado de seguros médicos, principalmente los establecidos en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Revise con atención su Póliza o Certificado para asegurarse de conocer cualquier exclusión o limitación en la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud (como hospitalización, servicios de emergencia, atención de maternidad, cuidado preventivo, medicamentos recetados y servicios para salud mental y trastornos por consumo de sustancias). Su Póliza o Certificado podría incluir también límites de por vida y/o anuales en dólares para los beneficios de salud. Si esta cobertura vence o usted pierde la elegibilidad para ella, es posible que deba esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para obtener otra cobertura de seguro médico. Además, esta cobertura no constituye una "cobertura esencial mínima".

¹ Consulte las disposiciones sobre el período de espera en la página 13 para obtener más información.

	STM de SureCare
Sin requisitos de red	Acceso a todos los proveedores
ASPECTOS DESTACADOS DE LOS GASTOS CUBIERTOS	
Deducibles	\$2,500, \$5,000, \$10,000 (El deducible debe cumplirse antes de que se cubran los gastos médicos, salvo que se indique lo contrario).
Máximo del deducible familiar	Tres veces el deducible individual
Coseguro (El porcentaje que usted paga)	20% para todos los gastos médicos cubiertos, salvo que se indique lo contrario.
Máximo de coseguro (El monto que el asegurado debe pagar de su bolsillo por gastos médicos cubiertos antes de que la compañía de seguros comience a cubrir los beneficios al 100%). ²	\$10,000
ASPECTOS DESTACADOS DE LOS GASTOS MÉDICOS	
Máximo de cobertura total	\$250,000 o \$1,000,000
Consulta con el médico primario ³	Copago de \$30
Consulta con médico especialista y atención de urgencias ⁴	Copago de \$30
Examen preventivo	Para adultos, copago de \$50, una vez al año, y luego cubierto al 100%. Para los niños, usted debe cubrir primero el deducible y luego un coseguro del 20%.
Inmunizaciones preventivas para niños	Cubierto al 80%, no está sujeto al deducible.

²Esto no incluye deducibles, copagos, montos que excedan la tarifa de gastos máxima permitida ni cantidades que superen los límites máximos de beneficios, los cuales no cuentan para el máximo de coseguro.

^{3,4}Una vez realizado el copago, la compañía cubre el 100% del coseguro para los gastos cubiertos, y el deducible no aplica. Los gastos por cualquier otro servicio o prueba realizados durante la consulta estarán sujetos al deducible y al coseguro.

Detalles del Plan SureCare

(continuación)

	STM de SureCare
Sala de emergencias	Sujeto al deducible y al coseguro.
Internamiento en el hospital ⁵	Sujeto al deducible y al coseguro.
Servicios de ambulancia (terrestre o aérea)	Sujeto al deducible y al coseguro, hasta un máximo de \$1,000.
Centro quirúrgico ambulatorio	Sujeto al deducible y al coseguro.
Servicios de cirugía	Sujeto al deducible y al coseguro para los servicios de cirujano, cirujano asistente, asistente de cirujano y anestesia.
Servicios de terapia	Sujeto al deducible y al coseguro. Beneficio máximo de hasta \$100 por día, con un límite de 20 días por período de cobertura.
Enfermedad mental y trastorno por consumo de sustancias	Sujeto al deducible y al coseguro. La hospitalización no puede superar los \$100 por día, con un máximo de 30 días. La atención ambulatoria no puede exceder los \$100 por día, con un máximo de 10 días.

⁵ No debe superar la tarifa estándar de una habitación. Los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones pueden variar según el estado.

Precios basados en referencia

El precio basado en referencia se aplica cuando un proveedor presenta un siniestro a la Administración de Siniestros. El administrador efectúa el pago al proveedor según los montos permitidos por Medicare. Pivot Health reembolsa a los proveedores médicos según un porcentaje por encima de los máximos de pago, los cuales superan los montos permitidos por Medicare, cubriendo hasta el 150% del monto permitido por Medicare para instalaciones médicas y hasta el 125% del monto permitido por Medicare para servicios y suministros médicos profesionales.

Acceso a todos los proveedores

Con los planes de Acceso a todos los proveedores, usted puede elegir los proveedores que mejor se adapten a sus necesidades sin restricciones de red. Estos planes ofrecen un único nivel de beneficios para todos los proveedores, a diferencia de un plan PPO, que distingue entre beneficios dentro y fuera de la red.

Sin facturación por saldo

Si un miembro recibe cargos inesperados por beneficios cubiertos de los cuales no es responsable, debido a costos compartidos o limitaciones, el Administrador de Siniestros del Plan está autorizado a resolver la facturación por saldo en su nombre. El miembro debe notificar al Administrador de Siniestros del Plan si incurre en un cargo inesperado.

Los siguientes gastos médicos están sujetos al Plan de Beneficios seleccionado, al deducible correspondiente, al coseguro y los copagos, así como a todas las disposiciones, exclusiones y limitaciones del Plan (salvo que se indique lo contrario). El miembro encontrará los detalles completos de la cobertura en el Certificado de Cobertura. Los gastos deben corresponder a una enfermedad o lesión cubierta, incurridos mientras el miembro esté asegurado bajo el Plan de Beneficios.

Las lesiones sufridas durante deportes escolares e intramuros están cubiertas, pero las lesiones derivadas de la participación en deportes peligrosos o profesionales no lo están. Consulte las Exclusiones y Limitaciones para obtener más detalles.

Salud preventiva

Examen preventivo

Se realiza un examen preventivo durante una visita al consultorio médico, adecuado según la edad y el riesgo.

Prueba anual de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)

Una prueba anual de detección de cáncer de cuello uterino para mujeres, no sujeto a deducible.

Visitas de atención preventiva e inmunizaciones para niños

Las inmunizaciones están exentas de cualquier deducible. La atención preventiva para niños se refiere a los servicios médicos para dependientes elegibles desde el nacimiento hasta los 16 años, que incluyen la recolección de antecedentes médicos, examen físico, evaluación del desarrollo, inmunizaciones y pruebas de laboratorio; así como pruebas y procedimientos de rutina para detectar anomalías, conforme a la práctica médica aceptada.

Mamografía

Para mujeres de 50 años o más, se incluye la mamografía periódica de detección y el ultrasonido mamario para el diagnóstico de enfermedades mamarias, como el cáncer, y la evaluación de mamas densas. No se aplicarán deducibles al examen de detección ni al ultrasonido mamario.

Exámenes de detección de cáncer de próstata

Detección temprana del cáncer de próstata para hombres de 50 años o más, conforme a las directrices de la Red Nacional Integral del Cáncer. La detección del cáncer de próstata no está sujeta a deducible.

Instalaciones y servicios asociados

Hospitalizaciones, cirugías, servicios y suministros

Incluye habitación y alimentación diaria, servicios de enfermería, unidades de cuidado intensivo, uso de quirófanos, salas de tratamiento y recuperación, visitas médicas durante la hospitalización, gastos de cirujanos y anestesia, sangre, oxígeno, medicamentos, servicios y suministros administrados de manera rutinaria durante la hospitalización.

Servicios en la sala de emergencias

Servicios de emergencia proporcionados en la sala de emergencias de un hospital (no en un centro de atención de urgencias) para tratar una afección médica de emergencia, incluso si no se requiere hospitalización.

Servicios de ambulancia

Transporte local en ambulancia terrestre o aérea relacionado con una afección médica de emergencia (beneficio limitado).

Centro quirúrgico ambulatorio o instalación hospitalaria ambulatoria

Cargos por tratamientos o servicios en una instalación de cirugía ambulatoria hospitalaria o en un centro quirúrgico ambulatorio independiente aprobado por el estado, que no forme parte de un hospital.

Centro de cuidados prolongados

Cargos por instalaciones y atención profesional de \$150 por día, hasta un máximo de 30 días, proporcionados por una enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés) o una enfermera práctica con licencia (LPN, por sus siglas en inglés) que no sea miembro de la familia inmediata de la Persona cubierta y que esté autorizada por un médico. No aplica para cuidados de custodia o convalecencia.

Atención médica a domicilio:

Hasta 30 visitas, con un máximo de \$50, una por día, proporcionadas por una agencia de atención médica a domicilio, considerando como una visita hasta cuatro (4) horas consecutivas en un período de 24 horas. Los servicios específicos se detallan en el Certificado.

Trasplantes de órganos o tejidos

Los cargos se aplican al beneficio máximo de trasplante de \$50,000.

Atención de hospicio

Atención de hospicio para una persona con enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos, con un máximo de \$5,000 por período de cobertura.

Servicios y suministros profesionales

Visitas al consultorio del médico

Tratamiento proporcionado por un médico en un consultorio médico, un consultorio de especialista o un centro de atención de urgencias, con un copago de \$30. Examen de atención preventiva indicado anteriormente.

Pruebas diagnósticas

Pruebas diagnósticas mediante servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no se incluyen pruebas psicométricas, de inteligencia, conductuales ni educativas). Las pruebas diagnósticas incluyen estudios avanzados como IRM, TC y TEP.

Equipo médico duradero:

Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, camas de tipo hospitalario o similares, para uso temporal o permanente. Nos reservamos el derecho de cubrir los costos de alquiler en lugar del precio de compra. Los beneficios no incluyen los costos de personalización, reparación, reemplazo o mantenimiento (beneficio limitado).

Terapia de radiación y quimioterapia

Tratamiento terapéutico para afecciones benignas y malignas, incluyendo cargos por radiografías, radio, isótopos radiactivos, medicamentos de quimioterapia y suministros utilizados en el tratamiento.

Terapia física, ocupacional y del lenguaje

Hasta 20 visitas en total, a \$100 por visita diaria, para terapias física, ocupacional y del lenguaje destinadas al diagnóstico y la rehabilitación, recetadas por un médico.

Atención dental por lesiones

Tratamiento dental y cirugía dental necesarios para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos perdidos o dañados debido a una lesión.

Los detalles del beneficio están sujetos a las disposiciones, exclusiones, limitaciones, deducibles, copagos y coseguros del plan. Los beneficios pueden variar según el estado. Para conocer los detalles completos, consulte el certificado de seguro.

Exclusiones y limitaciones

LIMITACIÓN DE CONDICIONES PREEXISTENTES: No se proporcionarán beneficios por ninguna pérdida causada por o resultante de una condición preexistente. “Condiciones preexistentes” se refiere a cualquier condición médica o enfermedad para la cual:

1. Se recomendó o se recibió asesoramiento médico, atención, diagnóstico, tratamiento, consulta o medicación por parte de un médico durante los 24 meses inmediatamente anteriores a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Persona cubierta; o
2. Existieron síntomas durante los 24 meses inmediatamente anteriores a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Persona cubierta que llevarían a una persona razonable a buscar diagnóstico, atención o tratamiento.

“Consulta” se refiere a la evaluación, diagnóstico o asesoramiento médico proporcionado, con o sin la necesidad de un examen o consulta personal. Esta limitación no aplica a un recién nacido o un niño adoptado recién nacido que se añada a la cobertura conforme a la Disposición de elegibilidad.

Esta limitación no aplica a ningún Gasto cubierto pagadero por Condiciones preexistentes hasta que se alcance el beneficio máximo de la asignación para condiciones preexistentes indicado en el Programa de Beneficios.

Además, la compañía no pagará pérdidas ni gastos causados por o resultantes de lo siguiente:

1. Gastos por el tratamiento de condiciones preexistentes, según se define en la disposición de Limitación por condiciones preexistentes (indicada anteriormente).
2. Gastos incurridos antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de una Persona cubierta o después de la fecha de vencimiento, independientemente de cuándo se originó la condición, salvo que se cumpla con la disposición de Extensión de beneficios.
3. Gastos para tratar complicaciones derivadas del tratamiento, medicamentos, suministros, dispositivos, procedimientos o condiciones no cubiertos por la Póliza grupal.
4. Gastos incurridos por servicios o tratamientos experimentales o de investigación, o servicios o tratamientos no comprobados.
5. Montos que excedan el Gasto máximo permitido para servicios o suministros cubiertos.
6. Gastos que Usted o su Dependiente cubierto no están obligados a pagar, o que no se habrían facturado si no existiera un seguro.
7. Gastos que no cumplen con la definición de Gastos cubiertos o que no están específicamente identificados como tales en la Póliza grupal.
8. Gastos determinados por Nosotros como de naturaleza educativa.
9. Gastos que sean pagados o pagaderos bajo otro seguro grupal o plan de prepago médico.
10. Cargos elegibles para pago por Medicare o cualquier otro programa gubernamental, excepto Medicaid.

y limitaciones (continuación)

11. Gastos por atención en instituciones gubernamentales, salvo que Usted o su Dependiente cubierto estén obligados a pagar por dicha atención.
12. Gastos relacionados con Lesiones o Enfermedades derivadas de o en el curso de cualquier ocupación por compensación, salario o ganancia, si la Persona cubierta está asegurada o debe estarlo por un seguro de enfermedad ocupacional o de compensación de los trabajadores conforme a la ley estatal o federal aplicable, independientemente de si se ha solicitado dichos beneficios.
13. Gastos médicos que se pagan bajo cualquier póliza de seguro de automóvil, independientemente de la responsabilidad (no aplica en estados donde esté prohibido).
14. Gastos en los que incurra una Persona cubierta mientras presta servicio activo en las fuerzas armadas. Si usted nos notifica por escrito sobre su ingreso a dicho servicio activo, le reembolsaremos la prima no utilizada de forma proporcional.
15. Gastos derivados de una guerra, declarada o no, o de la participación voluntaria en un disturbio o insurrección.
16. Gastos incurridos al realizar un acto u ocupación ilegal, o durante la comisión, o intento de comisión, de un delito grave o agresión.
17. Gastos por el tratamiento de un embarazo o parto normal, salvo en casos de complicaciones del embarazo.
18. Gastos por la interrupción voluntaria de un embarazo normal o por una cesárea electiva.
19. Gastos incurridos por cualquier medicamento, incluidos anticonceptivos orales, implantes, inyecciones, suministros, dispositivos o procedimientos de tratamiento que prevengan la concepción o el parto.
20. Gastos por el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, incluidos, entre otros, cualquier intento de inducir la fertilización por cualquier método, fertilización in vitro, inseminación artificial o procedimientos similares, ya sea que la Persona cubierta actúe como donante, receptora o sustituta.
21. Gastos por esterilización o reversión de esterilización.
22. Cargos por un Dependiente cubierto que sea un recién nacido aún no dado de alta del hospital, salvo que los cargos sean médicamente necesarios para tratar un nacimiento prematuro, una lesión o enfermedad congénita, o una enfermedad o lesión sufrida durante o después del parto, y salvo lo dispuesto por mandatos estatales.
23. Gastos relacionados con procedimientos de cambio de sexo, implantes peneanos, disfunción sexual o insuficiencias sexuales.
24. Gastos por exámenes físicos u otros servicios no requeridos para tratamiento médico, salvo que estén expresamente cubiertos.
25. Gastos por tratamientos preventivos, incluyendo cirugías o pruebas diagnósticas, excepto cuando estén específicamente cubiertos.
26. Gastos por el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos nerviosos, incluidos, entre otros, neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis, trastorno por déficit de atención, autismo, hiperactividad o cualquier tipo de enfermedad o trastorno mental o emocional, a menos que esté específicamente cubierto.
27. Gastos por el tratamiento de alcoholismo o abuso de alcohol, dependencia química, abuso de sustancias o adicción a drogas, a menos que esté específicamente cubierto.
28. Gastos incurridos por pérdidas sufridas o contraídas como consecuencia de que la Persona cubierta esté intoxicada o bajo la influencia de narcóticos, salvo que estos hayan sido administrados bajo prescripción médica. La intoxicación se determinará de manera concluyente por un nivel de alcohol en sangre de 0.10 o el límite legal del estado donde ocurrió el incidente, el que sea menor.
29. Gastos relacionados con programas, tratamientos o procedimientos para dejar de consumir tabaco.
30. Gastos derivados de suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente, ya sea que la persona esté en pleno uso de sus facultades mentales o no.
31. Gastos por tratamientos o cuidados dentales, ortodoncia u otros tratamientos relacionados con los dientes o sus estructuras de soporte, excepto cuando estén específicamente cubiertos.
32. Gastos incurridos por cualquier tipo de tratamiento para problemas de la articulación de la mandíbula, incluyendo disfunción temporomandibular (DTM), síndromes de dolor por DTM, trastornos craneomandibulares, disfunción por dolor miofascial u otras afecciones de la articulación que conecta la mandíbula con el cráneo, así como el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con dicha articulación, a menos que esté específicamente cubierto.

y limitaciones (continuación)

33. Gastos por queratotomía radial, corrección de errores refractivos, refracciones oculares, terapia visual, exámenes visuales de rutina para determinar la necesidad inicial o modificaciones en anteojos o lentes de contacto recetados, la compra, adaptación o ajuste de anteojos o lentes de contacto o tratamiento de cataratas.
34. Gastos por exámenes auditivos de rutina para evaluar la necesidad o cambios en audífonos, o la compra, adaptación o ajuste de audífonos.
35. Gastos por procedimientos, servicios o suministros cosméticos o reconstructivos, excepto que estén específicamente cubiertos.
36. Gastos por reducción o aumento de senos, o complicaciones derivadas de estos procedimientos, excepto que estén específicamente cubiertos.
37. Gastos por medicamentos recetados o con prescripción obligatoria, medicamentos, vitaminas, suplementos minerales o alimenticios, incluidos los suplementos prenatales, o cualquier medicamento de venta libre, ya sea que lo haya prescrito un médico o no, a menos que estén expresamente incluidos como un Gasto cubierto. No se incluyen los medicamentos recetados o fármacos con prescripción obligatoria administrados por un médico en un entorno hospitalario o ambulatorio en conjunto con un Gasto cubierto, salvo que se trate de medicamentos que puedan ser autoadministrados.
38. Gastos relacionados con cualquier medicamento u otro producto utilizado para tratar la caída del cabello.
39. Gastos por el tratamiento de pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia, juanetes, espolones, o la remoción de callos, durezas o uñas de los pies, salvo que sea específicamente para el tratamiento de una enfermedad metabólica o vascular periférica, o para la reparación inmediata de una lesión sufrida mientras la cobertura está vigente para la Persona cubierta.
40. Gastos por el tratamiento de acné o venas varicosas.
41. Gastos por programas o dietas para la pérdida de peso.
42. Gastos de transporte, excepto cuando estén específicamente cubiertos.
43. Gastos por curas de descanso o recuperación, o por atención en un centro de cuidados prolongados, hogar de convalecencia, establecimiento de tratamiento rehabilitador, centro de cuidados extendidos o residencia para personas mayores, ya sea que formen parte de un hospital o no, a menos que estén específicamente cubiertos.
44. Todos los cargos incurridos durante una internación principalmente para recibir cuidados de custodia o convalecencia, a menos que esté específicamente cubierta.
45. Gastos por servicios o suministros destinados a la comodidad o conveniencia personal, incluidos servicios de asistencia doméstica servicios de apoyo centrados en actividades de la vida diaria que no requieren las habilidades de personal técnico o profesional calificado, como, entre otros, bañarse, vestirse, alimentarse, cuidado rutinario de la piel, cuidado de la vejiga o administración de medicamentos orales o gotas oftálmicas.
46. Gastos por servicios o suministros proporcionados por un miembro de Su Familia inmediata.
47. Gastos por el diagnóstico o tratamiento de un trastorno del sueño.
48. Gastos incurridos por el tratamiento de Lesiones o Enfermedades derivadas de la participación, instrucción, demostración, guía o acompañamiento de otros en las siguientes actividades: operación de un vuelo en una aeronave que no sea un vuelo regular programado por una aerolínea; deportes extremos como paseos en globo aerostático, paracaidismo, buceo, planeo en ala delta o ultraligero, salto base, escalada en roca o montaña, salto en bungee, planeo en vela, parapente, kitesurf, exploración de cuevas, parkour; conducción de un vehículo todo terreno como motocicleta de cross, moto de nieve o kart; carreras con motocicleta, embarcación o cualquier tipo de aeronave; participación en exhibiciones de acrobacias o pruebas de velocidad con vehículos motorizados o no motorizados; participación en deportes por remuneración o beneficio económico; participación en competencias de rodeo; o actividades similares de alto riesgo.
49. Gastos por la adquisición de un estimulador de osteogénesis no invasivo (estimulador óseo).
50. Gastos por servicios o suministros de uso doméstico común, como bicicletas de ejercicio, purificadores de aire o agua, acondicionadores de aire, colchones antialérgicos y kits de medición de presión arterial.

y limitaciones (continuación)

51. Gastos incurridos durante los primeros seis meses posteriores a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura para una Persona cubierta por: (a) histerectomía total o parcial, salvo que sea médicamente necesaria debido a un diagnóstico de carcinoma; (b) tonsilectomía; (c) adenoidectomía; (d) reparación de tabique nasal desviado o cualquier tipo de cirugía que involucre los senos paranasales; (e) miringotomía; (f) timpanotomía; o (g) herniorrafia; (sujeto a todas las demás disposiciones de cobertura, incluidas, entre otras, la exclusión por Condiciones preexistentes).
52. Atención médica, tratamientos, servicios o suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, Canadá o sus posesiones, a menos que estén específicamente cubiertos.
53. Gastos por servicios de enfermería privada.
54. Gastos por la reparación o mantenimiento de una silla de ruedas, cama de tipo hospitalario o equipos mecánicos duraderos similares.
55. Gastos por ortesis, calzado especial, soportes para la columna y el arco del pie, cuñas para talones, zapatillas deportivas o dispositivos similares, salvo que formen parte permanente de un aparato ortopédico para la pierna.
56. Gastos incurridos por la ingesta voluntaria de un veneno o la inhalación de gas.
57. Gastos relacionados con el tratamiento de la obesidad o la reducción de peso, incluyendo todas las formas de cirugía de derivación intestinal y gástrica, así como la reversión de dicha cirugía, incluso si la Persona cubierta tiene otras condiciones de salud que podrían beneficiarse de una reducción de la obesidad o del peso.
58. Gastos por asesoramiento matrimonial o social.
59. Gastos por acupuntura.
60. Gastos por un servicio o suministro cuyo propósito principal sea proporcionar a una Persona cubierta: (1) entrenamiento en las necesidades de la vida diaria; (2) instrucción en habilidades académicas como lectura y escritura; (3) preparación para una ocupación; (4) tratamiento de discapacidades de aprendizaje, retrasos del desarrollo o dislexia; o (5) desarrollo más allá del punto en que la funcionalidad haya sido claramente recuperada.
61. Gastos por la reposición de extremidades u ojos artificiales.
62. Gastos por la extracción de implantes mamarios.
63. Trastornos de fatiga o dolor crónico.
64. Enfermedad renal o enfermedad renal en etapa terminal.
65. Tratamiento o diagnóstico de alergias, salvo el tratamiento de emergencia para reacciones alérgicas.
66. Biorretroalimentación, acupuntura, terapias recreativas, de sueño o de nebulización, atención holística de cualquier tipo, masajes y cinesioterapia, salvo lo dispuesto para la Atención médica a domicilio.
67. Hipnoterapia cuando se utiliza para tratar afecciones no reconocidas como trastornos mentales por la Asociación Americana de Psiquiatría, así como programas de biorretroalimentación y de autocuidado o autoayuda no médicos.
68. Falta de asistencia a una cita programada.
69. Tratamiento para acné, lunares, verrugas cutáneas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad no especificada de las glándulas sebáceas, condiciones hipertróficas y atróficas de la piel, nevus.
70. Tratamiento derivado de la exposición a radiación nuclear no médica y/o material o materiales radiactivos.
71. Gastos por el diagnóstico y tratamiento de Terapia celular y Terapia génica. Esto incluye, entre otros:
 - a. Medicamentos recetados;
 - b. cualquier tratamiento auxiliar o complementario en preparación para la Terapia celular y la Terapia génica;
 - c. cualquier tratamiento posterior asociado con la Terapia celular y la Terapia génica;
 - d. cualquier tratamiento administrado mediante vía epidural (EP); intraarterial (IA); implante (IM); intraocular (IO); intraperitoneal (IP); intraarticular (IA); irrigación (IR); perfusión (PF); intrapleural (IPL); intravenosa (IV); e intravítrea (IVT) y
 - e. cualquier medicamento actual o futuro, o protocolos de tratamiento relacionados con la Terapia celular y la Terapia génica.

Esta exclusión no aplica a la quimioterapia, ni a los tratamientos auxiliares o medicamentos asociados con un régimen de quimioterapia.

y limitaciones (continuación)

Limitación del Período de espera⁶

Gastos incurridos durante el período de espera:

- a. Las Personas cubiertas solo tendrán derecho a recibir beneficios por Enfermedades que inicien, ya sea por la aparición de síntomas o el inicio del tratamiento, después de transcurridos más de 5 días desde la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Persona cubierta bajo el Certificado.
- b. Las Personas cubiertas solo tendrán derecho a recibir beneficios por Cáncer que inicie, ya sea por la aparición de síntomas o el inicio del tratamiento, después de transcurridos más de 30 días desde la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Persona cubierta bajo el Certificado.

Notificación previa en los planes SureCare

Las admisiones hospitalarias de emergencia deben reportarse dentro de las 48 horas siguientes a la admisión o antes del próximo día hábil regular (72 horas en algunos estados).

Esta es una descripción breve del plan médico a corto plazo emitido por Pan-American Life Insurance Company. Para conocer todos los detalles, limitaciones, exclusiones y términos de la cobertura, consulte la Póliza, el Certificado de seguro y/o los Anexos correspondientes en su estado. La cobertura y los beneficios pueden variar o no estar disponibles en todos los estados. Las definiciones de cada Gasto cubierto se encuentran en el Certificado de seguro. Por favor, revíselo para obtener todos los detalles. Todos los beneficios están limitados a las tarifas usuales, razonables y habituales. La cobertura no se restringe a los beneficios enumerados, y los gastos elegibles están sujetos a las limitaciones del plan.

⁶ Los períodos de espera no aplican en Kansas ni en Dakota del Norte.

Período de revisión inicial

Si usted no está conforme con su plan de Pan-American Life Insurance Company, presente una solicitud de cancelación por escrito dentro de los 10 días siguientes a su recepción. El Certificado de cobertura se cancelará a partir de la Fecha de entrada en vigor, y se le reembolsarán la prima y la tarifa de solicitud.

Elegibilidad

Los planes de Pan-American Life Insurance Company están disponibles para los miembros de Communicating for America, sus cónyuges y sus hijos dependientes de entre 6 meses y 65 años de edad, siempre que respondan "No" a todas las preguntas de la solicitud de seguro. No es necesario ser miembro de la asociación en todos los estados. Usted puede afiliarse a Communicating for America sin necesidad de contratar un seguro.

Terminación de la cobertura

Pan-American Life Insurance Company cancelará automáticamente la cobertura principal y de dependientes en la fecha más temprana de las siguientes: La fecha en que finalice la Póliza Grupal; El primer día del mes en que el Asegurado o su cónyuge cumpla 65 años o sea elegible para Medicare; El último día por el cual se haya pagado la prima del Asegurado o del dependiente, considerando el período de gracia; La fecha en que el Asegurado Nos solicite por escrito la terminación de su cobertura; La fecha del fallecimiento del Asegurado; El fin del Período de Cobertura; La fecha en que el Asegurado o un dependiente alcance el Beneficio máximo total indicado en el Programa de Beneficios; La fecha en que el Asegurado o un dependiente ingrese a las fuerzas armadas de cualquier país, estado u organización internacional, salvo por servicio de reserva menor a 30 días; La fecha en que un Dependiente alcance la edad límite de 26 años o contraiga matrimonio; El primer día posterior al divorcio del cónyuge. (Consulte el Certificado para conocer los detalles sobre la extensión de la edad límite).

Esta es una descripción breve de la cobertura ofrecida bajo el Certificado de seguro y está sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del mismo. Consulte el Certificado de seguro para obtener todos los detalles. La cobertura puede variar o no estar disponible en todos los estados. Los planes son suscritos por Pan-American Life Insurance Company. El seguro descrito en este documento ofrece beneficios limitados.

Esta cobertura de seguro no sustituye a una cobertura integral. No proporciona seguro médico de gran alcance ni cobertura médica completa, y no está diseñada para reemplazar un seguro médico principal. Además, esta cobertura de seguro no incluye los beneficios esenciales mínimos establecidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Acerca de Pan-American Life Insurance Company

Pan-American Accident & Health es la división de Pan-American Life Insurance Company (PALIC) que ofrece planes de seguros de accidentes y salud en los Estados Unidos. Pan-American Life cuenta con una calificación de "A" (Excelente) otorgada por AM Best, una reconocida empresa independiente que evalúa la solidez financiera, el desempeño operativo y la capacidad de las aseguradoras para cumplir con sus obligaciones hacia los titulares de póliza. Asimismo, Fitch le ha asignado una calificación de "A" (Fuerte) en Fortaleza Financiera de Aseguradoras con una perspectiva estable, lo que refleja la robustez financiera de la organización.

Para todos los estados, excepto Kansas, Misuri, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oklahoma y Dakota del Sur

Este plan está disponible para quienes se afilien a Communicating for America, Inc. (CA), una asociación que fomenta la mejora de la salud y el bienestar general de todos los estadounidenses, especialmente de aquellos que trabajan por cuenta propia en áreas rurales o son propietarios de pequeñas empresas. La membresía en CA también otorga acceso a servicios de telemedicina no incluidos en el seguro y otros beneficios importantes descritos a continuación. Pan-American Life Insurance Company no ofrece ni está afiliada a los beneficios y servicios no incluidos en el seguro.

Estados de Kansas, Misuri, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oklahoma y Dakota del Sur

Para las personas que elijan un plan individual suscrito por Pan-American Life Insurance Company, Pivot Health ofrece los servicios de telemedicina no incluidos en el seguro y otros beneficios importantes descritos a continuación. Pan-American Life Insurance Company no ofrece ni está afiliada a los beneficios y servicios no incluidos en el seguro.

Beneficios no incluidos en el seguro (no afiliados con Pan-American Life Insurance Company)

- ✓ Consultas médicas por telemedicina gratuitas e ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ✓ Visitas asíncronas: cuestionarios médicos inteligentes revisados por un proveedor, que rara vez requieren una conversación directa
- ✓ Descuentos en servicios de audición y audiología Tarjeta de descuento para medicamentos recetados

ESTE PLAN ES UNA PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO GRUPAL A CORTO PLAZO.

LOS BENEFICIOS OFRECIDOS SON LIMITADOS Y NO TIENEN LA INTENCIÓN DE CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS.

Esta es una descripción breve de la cobertura ofrecida bajo el Certificado de seguro y está sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del mismo. Consulte el Certificado de seguro para obtener todos los detalles. La cobertura puede variar o no estar disponible en todos los estados. Los planes son suscritos por Pan-American Life Insurance Company. El seguro descrito en este documento ofrece beneficios limitados.

Esta cobertura de seguro no sustituye a una cobertura integral. No proporciona seguro médico de gran alcance ni cobertura médica completa, y no está diseñada para reemplazar un seguro médico principal. Además, esta cobertura de seguro no incluye los beneficios esenciales mínimos establecidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.