



Cobertura Médica a Corto Plazo

Cobertura temporal de atención a la salud para usted y su familia.

National General Accident and Health comercializa productos suscritos y emitidos por National Health Insurance Company, Time Insurance Company, Integon National Insurance Company e Integon Indemnity Corporation.

NGAH-STMASSOCIATION.SPBRO

National General 
Accident & Health

¿Por qué seleccionar cobertura Médica a Corto Plazo?

Porque la vida es impredecible.

Nuestro seguro Médico a Corto Plazo le ofrece un plan para afrontar los momentos impredecibles en la vida con confianza. Proporciona la protección financiera que necesita ante los cobros médicos inesperados y demás gastos de atención a la salud, incluyendo:

- Consultas médicas y algunos cuidados preventivos
- Cobertura de sala de emergencia y ambulancia
- Beneficios de cuidados urgentes, y más

Cualquier lapso de tiempo sin seguro médico es demasiado tiempo. Nuestro seguro Médico a Corto Plazo incluye opciones y diseños de planes flexibles para ayudarle a encontrar el plan que se adapte a sus necesidades, presupuesto y, en este caso, a sus necesidades de tiempo.



- Disponibilidad de períodos de cobertura de 1 a 11 meses. Los períodos de cobertura disponibles varían según cada estado.
- escoja entre una variedad de opciones de deducible y coaseguros diseñados para ayudarle a encontrar el plan que se adapte a su presupuesto.
- Encuentre al médico idóneo a través de la amplia red nacional Aetna Open Choice PPO Network.
- Obtenga cobertura tan pronto como el día siguiente.



Disponibilidad de beneficios de cobertura de \$250,000 a \$1,000,000 para atención a la salud por período de cobertura

ESTE PLAN PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS.

Los planes Médicos a Corto Plazo ofrecen cobertura médica asequible pero están médicamente suscritos. No proporcionan la cobertura mínima esencial que requiere la Ley de Atención Asequible.

Principales características del Plan

Nuestra cobertura Médica a Corto Plazo ofrece protección ante una diversidad de gastos médicos

CONSULTAS MÉDICAS

- El seguro paga los primeros \$50 dólares en cada consulta sin afectar el deducible
- Tres consultas por período de cobertura para Emisión Estándar, dos para Emisión Garantizada
- Las consultas adicionales están sujetas a coaseguro y deducible

ATENCIÓN URGENTE

Una institución médica que ofrece atención urgente inmediata no rutinaria por una lesión o enfermedad tratada sin hacer cita.

- Consultas ilimitadas
- Usted paga un cargo de acceso de \$50 por cada consulta; los gastos restantes van contra el coaseguro

ATENCIÓN EN SALA DE EMERGENCIA

- Consultas ilimitadas
- Sujeto a un cargo adicional de \$250 a menos que sea admitido al hospital; aplican costos al deducible y coaseguro

SERVICIO DE AMBULANCIA

- Traslados ilimitados
- Beneficio máximo de \$250 por traslado

Pida a su agente la lista completa de beneficios



Escoja a su médico entre 850,000 proveedores participantes en la red Aetna Open Choice PPO Network para reducir sus gastos de atención médica hasta en 50%¹

Encuentre a un proveedor en www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain

¹ Fuente: siniestros pagados por National Health Insurance Company, 2015



Planes de Emisión Estándar

Planes que requieren un cuestionario de salud

Construir un plan Médico a Corto Plazo de Emisión Estándar es fácil

Todo lo que tiene que hacer es escoger un deducible, seleccionar una opción de coaseguro y designar su período de cobertura. Luego, responda un cuestionario de salud, y listo.

DEDUCIBLE*	COASEGURO	COASEGURO MÁXIMO DEL BOLSILLO	MÁXIMO DEL PERÍODO DE COBERTURA
\$1,000	50% / 50%	\$2,500	\$250,000
	70% / 30%	\$1,500	\$1,000,000
	80% / 20%	\$1,500	
\$2,500	50% / 50%	\$2,500	\$250,000
	70% / 30%	\$1,500	
	80% / 20%	\$1,500	\$1,000,000
	100%	\$0	
\$5,000	50% / 50%	\$3,750	\$250,000
	70% / 30%	\$2,250	
	80% / 20%	\$2,000	\$1,000,000
	100%	\$0	



Designe un período de cobertura entre 1 y 11 meses**

* El deducible por persona se limita a 3x el deducible individual para una familia de más de tres miembros. Esto significa que cuando tres miembros asegurados de una familia alcanzan su deducible individual, los deducibles individuales restantes se considerarán como alcanzados por el resto del período de cobertura.

**No se dispone de períodos de cobertura entre 1 y 11 meses en todos los estados. Algunos estados limitarán el período de cobertura a un máximo de seis meses. Consulte con su agente para indagar algún estado en particular.

Planes de Emisión Garantizada



Ahora es aún más fácil seleccionar un plan Médico a Corto Plazo de Emisión Garantizada

Nuestros planes de Emisión Garantizada le ayudan a obtener cobertura sin la posibilidad de ser denegado.² Primero, llene un cuestionario de salud. Luego, escoja el diseño de su plan.

Basic

DEDUCIBLE*	• \$5,000
COASEGURO	• 90% / 10%
COASEGURO MÁXIMO DEL BOLSILLO	• \$5,000
PERÍODO DE COBERTURA	Designar un período de cobertura entre 1 y 11 meses**
MÁXIMO DEL PERÍODO DE COBERTURA	• \$100,000

Enhanced

DEDUCIBLE*	• \$3,500
COASEGURO	• 80% / 20%
COASEGURO MÁXIMO DEL BOLSILLO	• \$6,500
PERÍODO DE COBERTURA	Designar un período de cobertura entre 1 y 11 meses**
MÁXIMO DEL PERÍODO DE COBERTURA	• \$100,000

La disponibilidad del plan varía según cada estado.

* El deducible por persona se limita a 3x el deducible individual para una familia de más de tres miembros. Esto significa que cuando tres miembros asegurados de una familia alcanzan su deducible individual, los deducibles individuales restantes se considerarán como alcanzados por el resto del período de cobertura.

**No se dispone de períodos de cobertura entre 1 y 11 meses en todos los estados. Algunos estados limitarán el período de cobertura a un máximo de seis meses. Consulte con su agente para indagar algún estado en particular.

² Los planes Médicos a Corto Plazo de Emisión Garantizada no cubren los gastos asociados con padecimientos pre-existentes.

¿Es apropiada para usted la cobertura Médica a Corto Plazo?

Un seguro Médico a Corto Plazo no es para todos. Determine qué cubre y qué no cubre.

Como su nombre implica, el seguro Médico a Corto Plazo no lleva la intención de ser una solución a largo plazo. Si bien cubre algunos gastos médicos, no cubre todo. Asegúrese de contemplar qué es lo que quiere que su seguro de salud haga para usted y compararlo con los beneficios provistos en una cobertura Médica a Corto Plazo.

Los ejemplos provistos son de listas más grandes de servicios cubiertos y no cubiertos. Para un listado completo de los servicios no cubiertos, consulte las páginas de Exclusiones y Limitaciones al final de este folleto.



CUBIERTO

- Consultas con el médico, atención de urgencia, servicios de ambulancia y atención en sala de emergencia
- Exámenes de diagnóstico, mamografías, exámenes para cáncer, terapia por radiación y Quimioterapia
- Cirugía, beneficios de paciente interno y externo, así como beneficios de confinamiento en hospital
- Terapia física, beneficios de cuidados en el hogar y en sanatorios de enfermería especializada
- Inmunizaciones para los niños, beneficios de trasplantes y más



NO CUBIERTO

- Medicamentos de prescripción, prescripciones de anteojos y terapia de la vista
- Embarazo normal, o diagnóstico y tratamiento para infertilidad
- Todo gasto médico resultante de padecimientos preexistentes³

³ Consulte la definición detallada de padecimiento preexistente en la página 10

¿Y en cuanto a los gastos del bolsillo?

Tenemos soluciones inteligentes para esos, también.

La cobertura Médica a Corto Plazo le ayuda a obtener la cobertura temporal de atención a la salud que necesita, en el momento en que la necesita. Pero al igual que otros planes de seguro, siempre hay gastos del bolsillo. Los gastos del bolsillo incluyen gastos de los que usted es responsable, tales como deducibles y coaseguros.

Agregue uno de nuestros planes Suplementarios de Cobertura para obtener la protección contra gastos del bolsillo que necesita por los costos no cubiertos por su plan Médico a Corto Plazo. Son opciones asequibles que le ayudan a ampliar su protección financiera y conservar más dinero en su bolsillo.

[Pida a su agente más información.](#)

**LA COBERTURA
SUPLEMENTARIA
PROPORCIONA
BENEFICIOS
PARA
GASTOS
ASOCIADOS
CON:**



Accidentes



Enfermedades graves



Desmembración y muerte accidental



Beneficios de membresía en L.I.F.E.

Este plan incluye una membresía de L.I.F.E. Association a su plan. LIFE Association es una organización sin fines de lucro exclusiva para afiliados que proporciona beneficios y descuentos relacionados con el estilo de vida a sus miembros.

Su Membresía en L.I.F.E. puede ofrecerle descuentos y servicios convenientes en:



Automóviles



Ventajas en viajes para los afiliados



Programa de robo de ID



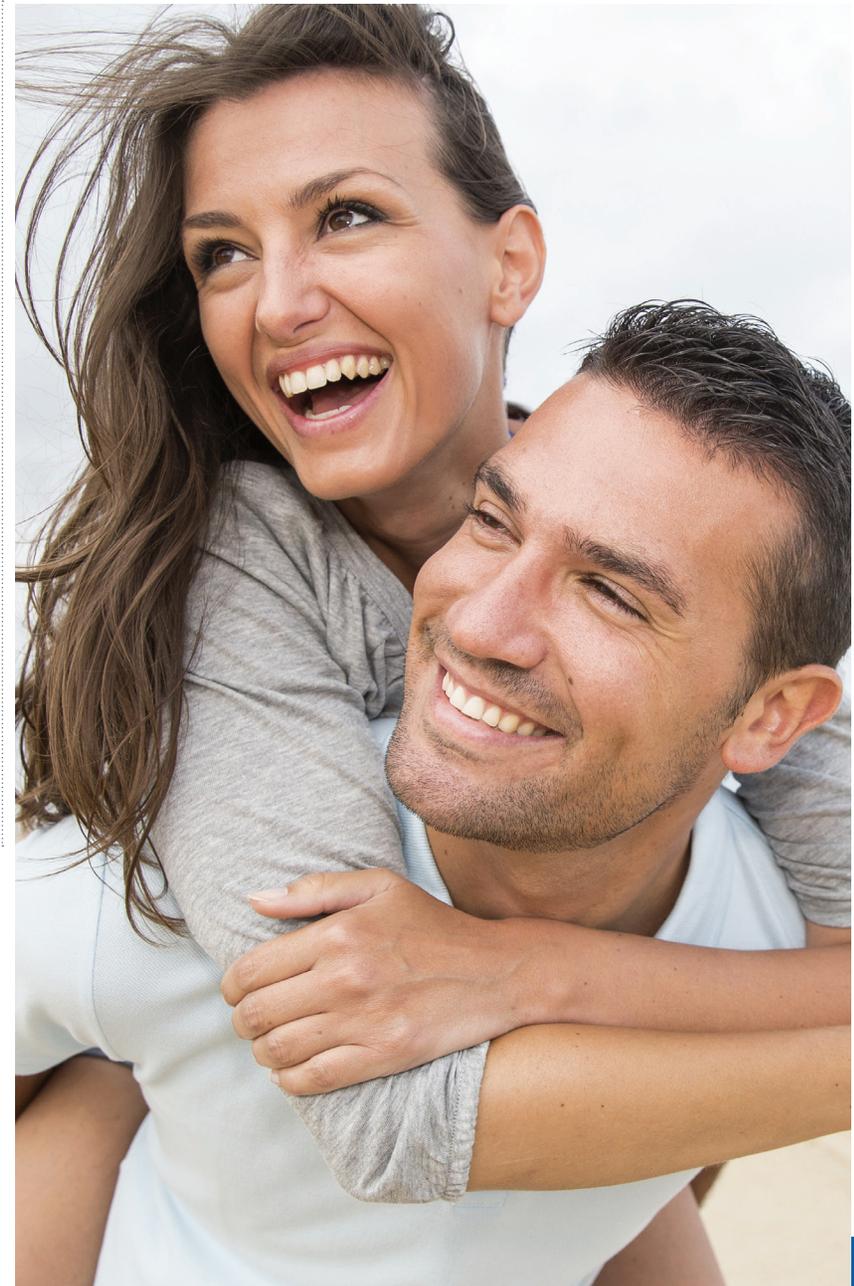
Programas de buena condición física



Servicios de medicamentos a distancia – Consultas ilimitadas sin costo adicional



Ahorros con la tarjeta WellCard: Descuentos en prescripciones, vitaminas y más



Los beneficios de bienestar y Lifestyle son descuentos y no son seguros. Su agente y National General Accident & Health podrían recibir compensación monetaria en relación con las cuotas de membresía.

Exclusiones y Limitaciones

Las listas de exclusiones y limitaciones pueden variar de estado a estado. Revise el certificado de la póliza donde encontrará una lista completa de exclusiones y limitaciones. Este plan no pagará beneficios por enfermedades o lesiones causadas por, o gastos incurridos por:

- Enfermedades por las que se hayan presentado reclamos bajo una póliza Médica a Corto Plazo o una Póliza emitida por nosotros que proporcionó cobertura que terminó dentro de los 90 días anteriores a la Fecha de Vigencia de esta Póliza.
- Enfermedad o lesión auto-infligida intencionalmente, sea estando cuerdo o demente.
- Enfermedad o lesión al grado en que Medicare o cualquier otro programa o ley de gobierno paga beneficios, excepto Medicaid (Medi-Cal en California); o cobertura médica bajo cualquier seguro automovilístico o seguro sin factor de culpabilidad.
- Enfermedad o lesión elegible para beneficios bajo la ley de riesgos de trabajo, ley de responsabilidad de los empleadores o leyes similares, aun cuando usted no presente un reclamo de beneficios.
- Tratamiento por enfermedad o lesión causada por, o favorecida por, guerras o actos de guerra; o la participación en el servicio militar de cualquier país. Toda prima pagada por un período no cubierto será reembolsada en forma prorrateada.
- Tratamiento dental, a menos que se requiera hospitalización debido a una lesión por un golpe accidental a la boca que cause trauma a dientes sanos y naturales, a las encías o a las estructuras de apoyo de los dientes. Un diente sano y natural no tiene caries y nunca ha recibido relleno, endodoncia o corona. La hospitalización debe ser el entorno más económico de atención necesario para producir un resultado profesionalmente adecuado y los cargos de hospital son el único gasto cubierto. El tratamiento debe recibirse estando vigente la cobertura de la persona cubierta según la póliza.
- Anteojos, lentes de contacto, exámenes de la vista, refracción ocular o cirugía ocular para corrección de error de refracción; terapia de la vista; o aparatos de audición artificial.
- Embarazo o parto normal; cuidados de bienestar del bebé incluyendo cargos de cunero al nacer; o aborto, excepto debido a complicaciones durante el embarazo según se define en la sección de Beneficios.
- Diagnóstico y tratamiento por infertilidad para hombres y mujeres incluyendo, más no limitándose a, fármacos y medicamentos, inseminación artificial, fertilización in vitro e inversión de la esterilización.
- Pruebas o asesoría genética, incluyendo más no limitándose a, amniocentesis y muestra de vello coriónico.
- Cambio de sexo; tratamiento de función, disfunción o incompetencia sexual; o tratamiento para mejorar el desempeño o apetito sexual.
- Tratamiento y medicamento para estimular el crecimiento y hormonas del

crecimiento para cualquier fin.

- Tratamiento, servicios o suministros para abordar inquietudes de calidad de vida o estilo de vida incluyendo, más no limitándose a: dejar de fumar; roncar o trastornos del sueño; el tratamiento o la prevención de la caída de pelo; cambio en pigmentación de la piel; o mejora cognoscitiva.
- Esterilización y fármacos o dispositivos utilizados directa o indirectamente para promover o evitar la concepción.
- Tratamiento o programas de reducción o control de peso; o cirugía para control de peso, obesidad u obesidad mórbida.
- Todo tratamiento para venas varicosas.
- Terapia para tratamiento de discapacidad o trastornos del aprendizaje o demoras en el desarrollo.
- Impuesto de ventas o impuesto de ingresos brutos; gastos administrativos de proveedor incluyendo, más no limitándose a, cargos por presentación de reclamaciones, contacto con organizaciones de revisión de utilización o cobros por administración de casos.
- Tratamiento cosmético o reconstructivo o cirugía plástica que sea principalmente procedimiento cosmético, incluyendo complicaciones médicas o quirúrgicas originadas de lo mismo, excepto según se establezca en la sección de Beneficios.
- Tratamiento de padecimientos de la salud mental o por abuso de sustancias.
- Tratamiento o servicios brindados por, o suministros adquiridos de, un miembro de su familia inmediata o un empleador.
- Tratamiento o servicios necesarios motivados por una lesión accidental sostenida al operar un vehículo motorizado cuando el nivel de alcohol en la sangre del asegurado, según lo define la ley, excede el nivel permitido o de otra forma viola las normas legales para una persona que opera un vehículo motorizado en el estado donde ocurrió la lesión. Esta exclusión aplica sea que la lesión ocurrió o no en conexión con un incidente que involucre la operación de un vehículo motorizado, y sea o no que a la persona cubierta se le finquen cargos por alguna violación en conexión con el accidente.
- Tratamiento o servicios necesarios motivados por una lesión recibida al participar en cualquier ocupación u otra actividad peligrosa, incluyendo lo siguiente: participar, instruir, demostrar, guiar o acompañar a otros en salto en paracaídas, volar en ala delta, salto banyí, vuelo en una aeronave distinta a un vuelo normal programado por una aerolínea, correr carreras en cualquier vehículo motorizado o sin motor, escalar en rocas, deporte de contacto profesional o semi-profesional de cualquier clase. También se excluyen los tratamientos y servicios necesarios motivados por una lesión recibida al practicar, ejercitar, acondicionarse o prepararse físicamente para cualquiera de estas actividades.
- Tratamiento o servicios necesarios originados por una lesión recibida al participar en cualquier ocupación u otra actividad peligrosa por la cual se recibe

compensación, incluyendo más no limitándose a lo siguiente: participar, instruir, demostrar, guiar o acompañar a otros a esquiar o montar a caballo. También se excluyen los tratamientos y servicios necesarios motivados por una lesión recibida al practicar, ejercitar, acondicionarse o prepararse físicamente para cualquiera de estas actividades compensadas.

- Tratamiento o servicios necesarios originados por una lesión recibida al participar en cualquier certamen, competencia o deporte inter-colegial o al practicar, ejercitar, acondicionarse o prepararse físicamente para cualquiera competencia, certamen o deporte de esta naturaleza.
- Tratamiento o servicios necesarios para una enfermedad o lesión resultado de estar intoxicado (donde el nivel de alcohol en la sangre llega a la presunción legal de intoxicación bajo la ley del estado donde ocurrió la enfermedad o la lesión).
- Gasto incurrido originado por una enfermedad o lesión de la cual una causa contribuyente fue el intento voluntario de la persona cubierta de cometer o participar en un crimen, sea haya sido imputado o no, o como una consecuencia de encontrarse bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas que no le han sido prescritas a la persona cubierta.
- Cuidados de asistencia personal; servicio de ayuda con enfermos; o cuidados de apoyo.
- Gastos incurridos fuera de los Estados Unidos o sus territorios o Canadá.
- Gastos incurridos para tratamiento experimental o de investigación, sujetos a la sección de autorización previa.
- Servicios de enfermería privada brindados durante una hospitalización y los cargos de personal médico de guardia.
- Frenos dentales, aparatos dentales, calzado correctivo, reparaciones o reposición de dispositivos de prótesis u órtesis, excepto según se establezca en la sección de Beneficios.
- Mamoplastía reductiva; revisión de cirugía de mama para contracción capsular o reposición de prótesis, excepto según se establezca en la sección de Beneficios.
- Servicios o suministros para cuidado de los pies, incluyendo cuidado de callos y juanetes, excepto cirugía capsular o de hueso.
- Tratamiento, servicios o suministros provistos o recibidos cuando la cobertura según la póliza no está vigente, excepto según se establezca en la disposición de Extensión de Beneficios.
- Toda cantidad en exceso de lo Usual, Razonable y Habitual según determinemos nosotros bajo la Póliza.
- Tratamiento o servicios profilácticos. Profiláctico significa cualquier cirugía u otro procedimiento realizado para prevenir que un proceso de enfermedad se torne evidente en el órgano o tejido en una fecha posterior.
- Tratamiento, servicios o suministros que no son medicamente necesarios según lo determinemos Nosotros bajo esta Póliza.

Exclusiones y Limitaciones, cont.

- Tratamiento, servicios o suministros que se prescriben, proporcionan o brindan en forma principalmente para la conveniencia de la persona cubierta o del médico.
- Tratamiento, servicios o suministros no descritos en la sección de Beneficios.
- Gastos por consejería conyugal o social.
- Suplementos minerales o alimenticios, vitaminas, medicamentos o fármacos de prescripción para pacientes externos, incluyendo vitaminas prenatales o cualquier medicina que no necesita prescripción, sea o no ordenada por un médico.
- Tratamiento, servicios o suministros proporcionados sin costo a la persona cubierta.
- Consultas telefónicas no presentarse a una cita programada.
- Abortos, excepto en relación con complicaciones cubiertas del embarazo o si la vida de la parturienta se encuentra en riesgo.
- Cirugía ocular, tal como queratotomía radial, cuando el objetivo principal es corregir la miopía, dioptría o astigmatismo.
- Tratamiento para cataratas.
- Tratamiento de la articulación temporomandibular, a menos que sea medicamente necesaria y causada por una lesión, enfermedad o deformidad congénita o del desarrollo.
- Terapia de bio-realimentación, vocacional, del habla, ocupacional, acupuntura, recreativa, terapia musical o del sueño, atención holística de cualquier naturaleza, masaje y kinesioterapia.
- Ortopédica y entrenamiento ocular visual.
- Hipnoterapia cuando se utiliza para tratar padecimientos que no son reconocidos como trastornos mentales y nerviosos por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana; bio-realimentación y programas de auto-ayuda o auto-cuidados no médicos.
- Todo servicio o suministro relacionado con dejar de fumar.
- Tratamiento incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear que no es de carácter médico y/o material(es) radioactivo(s).
- Tratamiento para o relacionado con cualquier padecimiento congénito, excepto según se relacione con un hijo recién nacido o adoptado que la persona cubierta agrega a la póliza.

- Manipulación o ajuste de la columna vertebral.
- Escleroterapia para las venas de las extremidades.
- Fatiga crónica o trastornos de dolor; o trastornos de la inmunodeficiencia.
- Tratamiento o diagnóstico de alergias, excepto para tratamiento de emergencia de reacciones alérgicas.
- Enfermedad de los riñones o enfermedad renal terminal.
- Reposición de articulaciones u otro tratamiento de las articulaciones, columna vertebral, huesos o tejido conectivo, incluyendo los tendones, ligamentos y cartilago, a menos que se relacione con una lesión cubierta.
- Gastos o pérdidas relacionadas con el tratamiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida y sus efectos relacionados.
- Cuidados en un sanatorio para pacientes terminales.
- Costo de los servicios o suministros para la comodidad y conveniencia personal, incluyendo servicios de ama de casa o servicios de apoyo que se enfocan a las actividades de la vida diaria que no requieren las habilidades de personal técnico calificado o profesional, incluyendo más no limitándose a bañar, vestir, alimentar, cuidado rutinario de la piel, cuidado de la vejiga y administración de medicamentos vía oral u ocular, excepto según se cubran específicamente.
- Gastos de cirugía durante los primeros 6 meses posteriores a la fecha efectiva de cobertura para una persona cubierta por una histerectomía total o parcial, a menos que sea médicamente necesario debido a un diagnóstico o un carcinoma (sujeto a todas las demás disposiciones de cobertura, incluyendo más no limitándose a la exclusión de enfermedades pre-existentes), amigdalectomía, adenoidectomía, reparación del tabique nasal desviado o cualquier tipo de cirugía que involucre a los senos paranasales, miringotomía, timpanotomía, herniorrafia o colecistectomías.

La cobertura Médica a Corto Plazo no es renovable

Esta póliza Médica a Corto Plazo no es renovable y la terminación del plan no se considera evento de vida calificador para fines de inscripción en un plan médico mayor. Por tanto, dependiendo de la longitud de su período de cobertura, usted podría tener una discontinuidad en cobertura de seguro hasta que comience una cobertura con un nuevo plan Médico a Corto Plazo u otro plan de salud.

Si opta por comprar un nuevo plan Médico a Corto Plazo, deberá presentar una

nueva solicitud. Todo padecimiento o enfermedad que se haya presentado y haya sido cubierta por su plan anterior se considera una enfermedad preexistente y no estará cubierta por los planes subsiguientes Médicos a Corto Plazo. No en todos los estados puede haber disponibilidad de volver a presentar solicitud.

El seguro Médico a Corto Plazo no cumple la Cobertura Esencial Mínima que exige la Ley de Atención Asequible

Los planes a corto plazo de duración limitada no están sujetos a ciertas disposiciones de la reforma federal de atención a la salud, incluyendo las disposiciones relacionadas con los Beneficios Esenciales de Salud, límites de toda la vida, atención preventiva, renovación garantizada y enfermedades preexistentes. La exclusión de enfermedad preexistente para los planes Médicos a Corto Plazo aplicará para todos los asegurados, incluyendo a quienes son menores de 19 años. Conozca su plan. Los planes Médicos a Corto Plazo ofrecen cobertura médica asequible pero no están suscritos médicamente (podrían negarse a usted) y no proporcionan Cobertura Médica Esencial.

¿Qué significa esto para el solicitante? Podría tener que pagar un cargo de impuesto, dependiendo del nivel de ingresos y el costo de los planes disponibles. Como ejemplo de los siniestros que los Planes Médicos a Corto Plazo no cubren tenemos a la mayoría de los cuidados preventivos, maternidad, salud mental y tratamiento relacionado con padecimientos que tenía antes de la fecha de vigencia del plan. Debido a que la renovación de estos planes no está garantizada, el solicitante podría no ser elegible a otro plan a corto plazo después de la fecha de terminación de su plan; y la exclusión de enfermedades preexistentes aplicará a toda enfermedad que haya aparecido durante cualquiera de los planes anteriores a corto plazo.



National General Holdings Corp. (NGHC) es una compañía que cotiza en el mercado público de valores con ingresos anuales aproximados de \$2,500 millones de dólares. Las compañías que forman parte de NGHC ofrecen seguros para automóviles privados y comerciales, seguros para motocicletas y vehículos recreativos, seguros para viviendas e inundación, productos comerciales con financiación propia, productos de seguros de vida y suplementarios de salud, productos Médicos a Corto Plazo y otros productos especializados de seguros.

National General Accident & Health, una división de NGHC, se centra en proporcionar opciones de cobertura suplementaria y a corto plazo a personas, grupos y asociaciones. Los productos son suscritos por Time Insurance Company (fundada en 1892), National Health Insurance Company (fundada en 1965), Integon National Insurance Company (fundada en 1987) e Integon Indemnity Corporation (fundada en 1946). Estas cuatro compañías, juntas, están autorizadas para ofrecer seguros de salud en todos los 50 estados y el Distrito de Columbia. National Health Insurance Company, Integon National Insurance Company e Integon Indemnity Corporation han recibido la clasificación A- (Excelente) de A.M. Best. Cada compañía suscriptora es financieramente responsable de sus respectivos productos.