

Planes médicos *individuales y familiares*



ASSURANT
Health®

Texas



Confíe en que los planes médicos de Assurant Health le proporcionarán una sólida protección financiera y los beneficios que necesita.

- Cobertura para atención preventiva, atención diaria y enfermedades inesperadas y accidentes
- Planes en todos los niveles de metales, con una amplia variedad de deducibles, coseguros y límites de costos en efectivo
- Planes con copagos por visitas al consultorio y copagos por medicamentos recetados disponibles
- Planes compatibles con una cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA) disponibles
- Amplias redes de médicos y hospitales

Assurant Health le ofrece acceso a una amplia red de más de 1,000,000 de médicos y 7,600 hospitales en todo el país con la red de Organización de Proveedor Preferido (Preferred Provider Organization, PPO) de Aetna Signature Administrators®



TODOS LOS PLANES OFRECEN LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL DE ACUERDO CON LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.



ELIJA ASSURANT HEALTH

Siéntase seguro.

Tenemos 120 años¹ de experiencia y una calificación A (excelente).²

Siéntase confiado.

Usted tiene acceso a recursos convenientes que hacen que la atención médica sea más fácil de entender y que le ayudan a ahorrar dinero.

Siéntase respetado.

No importa cuál sea su pregunta, su duda o su solicitud, comuníquese con nosotros que lo atenderemos con mucho respeto.

¹ Assurant Health es la marca de los productos suscritos y emitidos por Time Insurance Company (fundada en 1892).

² Fuente: A.M. Best Ratings y análisis de Time Insurance Company, noviembre de 2013.



Obtenga una sólida protección y:

AMPLIAS REDES *de médicos y hospitales*, con la Red PPO de Aetna Signature Administrators®, que cuenta con más de 1,000,000 de médicos y 7,600 hospitales en todo el país, incluidas instalaciones de primer nivel de reconocimiento nacional.

Oportunidades de mejorar su cobertura con planes suplementarios, que incluyen opciones del plan dental para adultos y familias así como planes que pagan beneficios en efectivo cuando tiene un accidente o recibe un diagnóstico de una enfermedad crítica

- Los planes dentales pagan beneficios en efectivo por exámenes y tratamiento y le brindan la libertad de conservar su propio dentista
- Los beneficios en efectivo lo ayudan a pagar su deducible y otros gastos después de lesiones relacionadas con un accidente o diagnóstico de enfermedad crítica

Asistencia y soporte personalizados de:

- Especialistas en atención al cliente que pueden ayudarlo a:
 - Encontrar médicos y hospitales en su red, lo que facilita el ahorro de dinero en los servicios médicos
 - Comprender cómo funciona su plan, para poder aprovechar al máximo sus beneficios
 - Resolver los problemas con reclamos o facturación médica después de recibir los servicios
- Enfermeras registradas que pueden ayudarlo a manejar enfermedades complejas y pueden actuar como vínculo entre usted y sus médicos

No todos los planes suplementarios están disponibles en todos los estados o a través de todos los canales de distribución. Los productos suplementarios son contratos separados disponibles a un costo adicional.

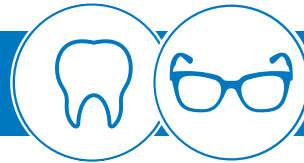
LOS PLANES SUPLEMENTARIOS TIENEN BENEFICIOS LIMITADOS.

Obtenga los beneficios que necesita

Todos los planes médicos de Assurant Health incluyen los beneficios médicos esenciales requeridos en su estado por la ley de cuidado de salud asequible

- Hospitalización y servicios ambulatorios
- Atención de urgencias
- Servicios de emergencia y ambulancia
- Medicina física para pacientes ambulatorios
- Centros quirúrgicos
- Gafas y lentes de contacto para niños
- Maternidad y atención de recién nacidos
- Trasplantes
- Salud mental y abuso de sustancias
- Atención médica a domicilio, 60 visitas al año
- Centros de rehabilitación subaguda y de enfermería especializada, 30 días al año

Obtenga más información sobre los beneficios dentales y de visión para niños y cómo funcionan. Visite assuranthealth.com/pediatric para obtener más información.



BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

- No pague deducibles, copagos ni coseguros por los exámenes dentales y limpiezas anuales
- Reciba beneficios por servicios básicos y completos que incluyen ortodoncia y honorarios de especialistas
- Ahorre del 5 al 40% cuando elige un dentista en la Red Dental Careington, que tiene aproximadamente 160,000 dentistas en todo el país

BENEFICIOS DE VISIÓN PEDIÁTRICOS

- No pague deducibles, copagos ni coseguro por los exámenes anuales de visión
- Reciba beneficios en la red por servicios de proveedores designados y gafas de las colecciones designadas
- Seleccione entre dos proveedores importantes que ofrecen gafas y lentes de contacto a través de tiendas minoristas y en línea



Atención preventiva pagada al 100%

Para ayudarlo a prevenir enfermedades y diagnosticar enfermedades existentes lo antes posible, lo alentamos a usar sus beneficios de atención preventiva como los exámenes de rutina, mamografías e vacunas para niños.

Su plan de Assurant Health paga el 100% de los servicios de prevención recomendados según la ley de cuidado de salud asequible al usar médicos dentro de la red. Esto significa que no pagará ningún deducible, copago ni coseguro por los servicios preventivos cubiertos como estos:

- Salud de la mujer
- Exámenes anuales de la vista y exámenes dentales y limpiezas para niños menores de 19 años
- Vacunas contra la gripe para niños y adultos

● PLANES BRONCE	SERVICIOS EN LA RED								SERVICIOS FUERA DE LA RED		
	AMPLIAS REDES DISPONIBLES	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	COPAGO PARA VISITA AL CONSULTORIO	MEDICAMENTOS RECETADOS ¹	BENEFICIO POR RADIOGRAFÍAS/LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO	COMPATIBLE CON HSA	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO
BRONCE 001	✓	\$6,000	100%	\$6,000	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sí	\$18,000	100%	\$18,000
BRONCE 002	✓	\$5,000	75%	\$6,350	\$35 por 4 visitas, luego sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$15,000	55%	\$19,050
BRONCE 003	✓	\$2,600	50%	\$6,350	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sí	\$7,800	50%	\$19,050
BRONCE 004	✓	\$5,000	75%	\$6,350	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	\$25/\$50/\$75 Deducible de \$500 por marca [^]	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$15,000	55%	\$19,050
BRONCE 005	✓	\$3,500	50%	\$6,350	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	\$25/\$50/\$75 Deducible de \$500 por marca [^]	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$10,500	50%	\$19,050

El deducible y el gasto de bolsillo máximo indicados corresponden a coberturas individuales. El máximo para el deducible y el gasto de bolsillo máximo de la cobertura familiar es el doble del importe individual y puede alcanzarse colectivamente por dos o más miembros de la familia. Con un plan familiar, usted obtiene esta ventaja:



- Pagaremos los beneficios de un miembro de la familia una vez que el miembro de la familia alcance el deducible individual. Y luego, pagaremos el 100% para el miembro de la familia una vez que cumpla el máximo individual de gasto de bolsillo.

Los planes tienen un arancel de acceso a la sala de emergencia de \$100. Los importes restantes están sujetos al deducible del plan. El arancel de ingreso a la sala de emergencias se cancela si usted es internado.

Beneficios dentales para niños menores de 19 años



	EXÁMENES Y LIMPIEZAS	SERVICIOS BÁSICOS	SERVICIOS COMPLETOS Y ORTODONCIA
PLANES NO COMPATIBLES CON HSA	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Pagamos el 80%; [‡] no sujeto a deducible	Pagamos el 50%; [‡] no sujeto a deducible
PLANES COMPATIBLES CON HSA	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Beneficios de visión para niños menores de 19 años



	EXÁMENES ANUALES DE LA VISTA	GAFAS/LENTE DE CONTACTO DE PROVEEDORES DESIGNADOS
TODOS LOS PLANES	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Los servicios de médicos y hospitales no incluidos en su red pueden estar sujetos a limitaciones.

[^]Copagos por medicamentos genéricos/de marca preferido/marca no preferida; para planes con deducible para medicamentos recetados, los medicamentos de marcas preferidas y no preferidas están sujetos al deducible para medicamentos recetados antes de aplicar el copago.

1 Numerosos productos farmacéuticos especiales se pagan de acuerdo con los beneficios del plan médico, no los beneficios de medicamentos recetados.

[‡] Pagamos el 100% una vez que alcanza el máximo de gasto de bolsillo.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida. Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible, coseguro, copagos a la visita del médico, deducible y copagos y todo arancel de acceso aplicable. Pagamos el 100% una vez que cumple con el gasto de bolsillo máximo.



Busque este símbolo para saber qué planes también están disponibles en el Mercado en ciertas áreas de servicio. Consulte el mapa adjunto para encontrar su ubicación.

Si usted es elegible para un crédito fiscal superior (también conocido como subsidio superior), solo puede aplicarse a planes comprados en el Mercado.

PLANES PLATA	AMPLIAS REDES DISPONIBLES	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	SERVICIOS EN LA RED				SERVICIOS FUERA DE LA RED			
					COPAGO PARA VISITA AL CONSULTORIO	MEDICAMENTOS RECETADOS ¹	BENEFICIO POR RADIOGRAFÍAS/ LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO	COMPATIBLE CON HSA	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	
PLATA 001		✓	\$3,500	100%	\$3,500	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sí	\$10,500	100%	\$10,500
PLATA 002		✓	\$2,000	50%	\$6,350	\$30 por 10 visitas, luego sujeto al deducible y coseguro	\$15/\$35/\$60*	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$6,000	50%	\$19,050
PLATA 003		✓	\$1,250	50%	\$5,000	Sin copago; sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Primeros \$500 pagados al 100%, luego sujeto al deducible y coseguro	No	\$3,750	50%	\$15,000
PLATA 004		✓	\$1,850	50%	\$6,350	\$30 por 10 visitas, luego sujeto al deducible y coseguro	\$15/\$35/\$60*	Primeros \$500 pagados al 100%, luego sujeto al deducible y coseguro	No	\$5,550	50%	\$19,050

El deducible y el gasto de bolsillo máximo indicados corresponden a coberturas individuales. El máximo para el deducible y el gasto de bolsillo máximo de la cobertura familiar es el doble del importe individual y puede alcanzarse colectivamente por dos o más miembros de la familia. Con un plan familiar, usted obtiene esta ventaja:



- Pagaremos los beneficios de un miembro de la familia una vez que el miembro de la familia alcance el deducible individual. Y luego, pagaremos el 100% para el miembro de la familia una vez que cumpla el máximo individual de gasto de bolsillo.

Los planes tienen un arancel de acceso a la sala de emergencia de \$100. Los importes restantes están sujetos al deducible del plan. El arancel de ingreso a la sala de emergencias se cancela si usted es internado.

Beneficios dentales para niños menores de 19 años



	EXÁMENES Y LIMPIEZAS	SERVICIOS BÁSICOS	SERVICIOS COMPLETOS Y ORTODONCIA
PLANES NO COMPATIBLES CON HSA	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Pagamos el 80%; [‡] no sujeto a deducible	Pagamos el 50%; [‡] no sujeto a deducible
PLANES COMPATIBLES CON HSA	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Beneficios de visión para niños menores de 19 años



	EXÁMENES ANUALES DE LA VISTA	GAFAS/LENTE DE CONTACTO DE PROVEEDORES DESIGNADOS
TODOS LOS PLANES	Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Los servicios de médicos y hospitales no incluidos en su red pueden estar sujetos a limitaciones.

1 Numerosos productos farmacéuticos especiales se pagan de acuerdo con los beneficios del plan médico, no los beneficios de medicamentos recetados.

* Copagos de genéricos/marca preferida/marca no preferida.

‡ Pagamos el 100% una vez que alcanza el máximo de gasto de bolsillo.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida. Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible, coseguro, copagos a la visita del médico, deducible y copagos y todo arancel de acceso aplicable. Pagamos el 100% una vez que cumple con el gasto de bolsillo máximo.



Busque este símbolo para saber qué planes también están disponibles en el Mercado en ciertas áreas de servicio. Consulte el mapa adjunto para encontrar su ubicación.

Si usted es elegible para un crédito fiscal superior (también conocido como subsidio superior), solo puede aplicarse a planes comprados en el Mercado.

PLAN ORO	SERVICIOS EN LA RED								SERVICIOS FUERA DE LA RED		
	AMPLIAS REDES DISPONIBLES	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	COPAGO PARA VISITA AL CONSULTORIO	MEDICAMENTOS RECETADOS ¹	BENEFICIO POR RADIOGRAFÍAS/ LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO	COMPATIBLE CON HSA	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO
ORO 002	✓	\$0	75%	\$6,350	\$25 para visitas ilimitadas	\$15/\$35/\$60*	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$5,000	50%	\$10,000



El deducible y el gasto de bolsillo máximo indicados corresponden a coberturas individuales. El máximo para el deducible y el gasto de bolsillo máximo de la cobertura familiar es el doble del importe individual y puede alcanzarse colectivamente por dos o más miembros de la familia. Con un plan familiar, usted obtiene esta ventaja:

- Pagaremos los beneficios de un miembro de la familia una vez que el miembro de la familia alcance el deducible individual. Y luego, pagaremos el 100% para el miembro de la familia una vez que cumpla el máximo individual de gasto de bolsillo.

El plan tiene un arancel de acceso a la sala de emergencia de \$100. Los importes restantes están sujetos al deducible del plan. El arancel de ingreso a la sala de emergencias se cancela si usted es internado.



Beneficios dentales para niños menores de 19 años

EXÁMENES Y LIMPIEZAS	SERVICIOS BÁSICOS	SERVICIOS COMPLETOS Y ORTODONCIA
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Pagamos el 80%; [‡] no sujeto a deducible	Pagamos el 50%; [‡] no sujeto a deducible



Beneficios de visión para niños menores de 19 años

EXÁMENES ANUALES DE LA VISTA	GAFAS/LENTE DE CONTACTO DE PROVEEDORES DESIGNADOS
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Los servicios de médicos y hospitales no incluidos en su red pueden estar sujetos a limitaciones.

1 Numerosos productos farmacéuticos especiales se pagan de acuerdo con los beneficios del plan médico, no los beneficios de medicamentos recetados.

* Copagos de genéricos/marca preferida/marca no preferida.

‡ Pagamos el 100% una vez que alcanza el máximo de gasto de bolsillo.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida. Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible, coseguro, copagos a la visita del médico, deducible y copagos y todo arancel de acceso aplicable. Pagamos el 100% una vez que cumple con el gasto de bolsillo máximo.



Busque este símbolo para saber qué planes también están disponibles en el Mercado en ciertas áreas de servicio. Consulte el mapa adjunto para encontrar su ubicación.

Si usted es elegible para un crédito fiscal superior (también conocido como subsidio superior), solo puede aplicarse a planes comprados en el Mercado.

PLAN PLATINO	SERVICIOS EN LA RED								SERVICIOS FUERA DE LA RED		
	AMPLIAS REDES DISPONIBLES	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	COPAGO PARA VISITA AL CONSULTORIO	MEDICAMENTOS RECETADOS ¹	BENEFICIO POR RADIOGRAFÍAS/ LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO	COMPATIBLE CON HSA	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO
PLATINO 002	✓	\$0	75%	\$2,000	\$25 para visitas ilimitadas	\$10/\$30/\$50*	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$5,000	50%	\$10,000



El deducible y el gasto de bolsillo máximo indicados corresponden a coberturas individuales. El máximo para el deducible y el gasto de bolsillo máximo de la cobertura familiar es el doble del importe individual y puede alcanzarse colectivamente por dos o más miembros de la familia. Con un plan familiar, usted obtiene esta ventaja:

- Pagaremos los beneficios de un miembro de la familia una vez que el miembro de la familia alcance el deducible individual. Y luego, pagaremos el 100% para el miembro de la familia una vez que cumpla el máximo individual de gasto de bolsillo.

El plan tiene un arancel de acceso a la sala de emergencia de \$100. Los importes restantes están sujetos al deducible del plan. El arancel de ingreso a la sala de emergencias se cancela si usted es internado.



Beneficios dentales para niños menores de 19 años

EXÁMENES Y LIMPIEZAS	SERVICIOS BÁSICOS	SERVICIOS COMPLETOS Y ORTODONCIA
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Pagamos el 80%; [‡] no sujeto a deducible	Pagamos el 50%; [‡] no sujeto a deducible



Beneficios de visión para niños menores de 19 años

EXÁMENES ANUALES DE LA VISTA	GAFAS/LENTE DE CONTACTO DE PROVEEDORES DESIGNADOS
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro [‡]

Los servicios de médicos y hospitales no incluidos en su red pueden estar sujetos a limitaciones.

¹ Numerosos productos farmacéuticos especiales se pagan de acuerdo con los beneficios del plan médico, no los beneficios de medicamentos recetados.

* Copagos de genéricos/marca preferida/marca no preferida.

‡ Pagamos el 100% una vez que alcanza el máximo de gasto de bolsillo.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida. Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible, coseguro, copagos a la visita del médico, deducible y copagos y todo arancel de acceso aplicable. Pagamos el 100% una vez que cumple con el gasto de bolsillo máximo.



Busque este símbolo para saber qué planes también están disponibles en el Mercado en ciertas áreas de servicio. Consulte el mapa adjunto para encontrar su ubicación.

Si usted es elegible para un crédito fiscal superior (también conocido como subsidio superior), solo puede aplicarse a planes comprados en el Mercado.

PLAN PARA CATÁSTROFES	SERVICIOS EN LA RED								SERVICIOS FUERA DE LA RED		
	AMPLIAS REDES DISPONIBLES	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO	COPAGO PARA VISITA AL CONSULTORIO	MEDICAMENTOS RECETADOS ¹	BENEFICIO POR RADIOGRAFÍAS/ LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO	COMPATIBLE CON HSA	DEDUCIBLE	COSEGURO (Nosotros pagamos)	GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO
CATÁSTROFES	✓	\$6,600	100%	\$6,600	Primeras 3 visitas de atención primaria pagadas al 100%, luego sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro	No	\$19,800	100%	\$19,800

El deducible y el gasto de bolsillo máximo indicados corresponden a coberturas individuales. El máximo para el deducible y el gasto de bolsillo máximo de la cobertura familiar es el doble del importe individual y puede alcanzarse colectivamente por dos o más miembros de la familia. Con un plan familiar, usted obtiene esta ventaja:



- Pagaremos los beneficios de un miembro de la familia una vez que el miembro de la familia alcance el deducible individual. Y luego, pagaremos el 100% para el miembro de la familia una vez que cumpla el máximo individual de gasto de bolsillo.

El plan tiene un arancel de acceso a la sala de emergencia de \$100. Los importes restantes están sujetos al deducible del plan. El arancel de ingreso a la sala de emergencias se cancela si usted es internado.

Beneficios dentales para niños menores de 19 años



EXÁMENES Y LIMPIEZAS	SERVICIOS BÁSICOS	SERVICIOS COMPLETOS Y ORTODONCIA
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro	Sujeto al deducible y coseguro

Beneficios de visión para niños menores de 19 años



EXÁMENES ANUALES DE LA VISTA	GAFAS/LENTE DE CONTACTO DE PROVEEDORES DESIGNADOS
Pagamos el 100%; no sujeto a deducible	Sujeto al deducible y coseguro

Los servicios de médicos y hospitales no incluidos en su red pueden estar sujetos a limitaciones.

¹ Numerosos productos farmacéuticos especiales se pagan de acuerdo con los beneficios del plan médico, no los beneficios de medicamentos recetados.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida. Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible, coseguro, copagos a la visita del médico, deducible y copagos y todo arancel de acceso aplicable. Pagamos el 100% una vez que cumple con el gasto de bolsillo máximo.

Se aplican criterios especiales de elegibilidad para el plan para catástrofes. Usted debe ser:

- Menor de 29 años de edad o
- Ser mayor de 30 años de edad y haber recibido un certificado de exención por dificultades obtenido de su Mercado.

Términos y disposiciones

RECEPCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES

En tanto use hospitales y médicos de internación que forman parte de su red, sus cargos cubiertos serán manejados como servicios dentro de la red incluso cuando médicos afiliados y otros prestadores de atención médica (por ej., radiólogos, anestesiólogos, patólogos o cirujanos) no formen parte de su red. Todos los cargos están sujetos al monto máximo permitido.

BENEFICIO PARA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

En situaciones de emergencia, los cargos cubiertos serán manejados como servicios en la red, sin importar qué servicios se presten. Todos los cargos están sujetos al monto máximo permitido.

SERVICIOS FUERA DE LA RED

Si usted usa un médico u hospital que no forman parte de su red, no recibirá descuentos de la red y puede incurrir en gastos adicionales. Por ejemplo, los copagos por visitas al consultorio no son aceptados por proveedores que no forman parte de su red, y los servicios serán manejados como cualquier otro servicio fuera de la red, sujeto al importe máximo permitido.

IMPORTE MÁXIMO PERMITIDO

El importe máximo permitido es el mayor importe que paga su plan por los servicios cubiertos. Si usted usa un proveedor fuera de la red, usted es responsable del saldo que supere el importe máximo permitido.

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

Para estar cubierto, el tratamiento, los servicios y los insumos deben ser médicamente necesarios.

REVISIÓN DEL USO

Se requiere autorización antes de recibir cierto tipo de tratamientos en internación y ambulatorios. La omisión en la autorización de servicios para trasplantes y productos farmacéuticos especiales resultará en una reducción de la cobertura.

MEDICAMENTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALES

Los cargos por medicamentos especiales deben ser obtenidos de un proveedor designado de farmacia especial designado por Assurant Health para ser considerados en el nivel de beneficio dentro de la red. Los cargos por medicamentos especiales obtenidos de un proveedor que no sea un proveedor designado de farmacia especial designado no se contabilizarán para cumplir el límite de gasto de bolsillo. Una vez que se alcanza el límite de gasto de bolsillo para otros cargos cubiertos, se aplicará el coseguro a los medicamentos especiales obtenidos de un proveedor que no sea un proveedor de farmacia especial designado por Assurant Health. Los beneficios se reducirán en un 50% para medicamentos especiales no autorizados por el gerente de revisión médica.

TRASPLANTES

Los beneficios para trasplante de riñón, córnea y piel son iguales que para cualquier otra enfermedad. Los beneficios de otros trasplantes cubiertos (por ej., corazón, médula ósea, hígado) no tienen límites especiales al usar proveedores en la red. Asimismo, se ofrecen \$10,000 para gastos de viaje de la persona cubierta y un acompañante cuando se usa un proveedor dentro de la red. Si los servicios se prestan por un proveedor de trasplantes fuera de la red, se aplica un máximo de \$100,000 por órgano.

SERVICIOS PARA DIABÉTICOS

Los exámenes de la vista se limitan a un examen en los dos ojos por año calendario y los exámenes de los pies se limitan a dos exámenes en los dos pies por año calendario.

BENEFICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES Y DE VISIÓN

Los exámenes dentales se limitan a un examen cada seis meses. Los beneficios para lentes consisten en una opción de un par de gafas (marcos y lentes) o un suministro anual de lentes de contacto por año calendario.

POSIBILIDAD DE RENOVACIÓN

La cobertura es renovable siempre y cuando se haya cumplido con las disposiciones del plan, incluso los requisitos de elegibilidad de dependientes; no se haya suspendido el plan o las operaciones comerciales de Assurant Health en el estado en que se encuentre o usted no se haya mudado a un estado en el que no se ofrezca este plan. Su prima puede aumentar en la renovación y también puede ajustarse oportunamente de acuerdo con diferentes factores que incluyen, entre otros, su área geográfica, la edad, agregado o eliminación de dependientes y diseño del plan.

Exclusiones

Deseamos que comprenda su plan y su cobertura. Para ayudarlo a hacerlo, se incluye un resumen de lo que no está cubierto por su plan. Se incluyen detalles completos en su contrato de seguro. No se proporcionan beneficios para los casos siguientes, salvo cuando se aplican requisitos del estado.

- Tratamiento no incluido en la disposición de servicios médicos cubiertos
- Complicaciones de un servicio no incluido
- Cargos reembolsables por Medicare, Compensación de trabajadores o compañías de seguros de automóviles, o gastos por los que haya otra cobertura disponible
- Cargos facturados por un proveedor no participante que renuncia a la obligación de pago de la persona cubierta de un copago, coseguro y/o deducible por el tratamiento, servicio, insumo o medicamento facturado, salvo lo indicado en un contrato o acuerdo con nosotros
- Cargos provocados o contribuidos por un acto de guerra o servicio militar
- Enfermedad o lesión causada o contribuida por intentos voluntarios de cometer o participar en la ejecución de un delito grave, ya sea que esté o no imputado
- Cargos por tratamientos dentales o de ortodoncia de rutina, medicamentos, servicio o insumos para personas mayores de 19 años
- Atención de rutina de la audición, terapia de la vista, cirugía correctiva de la vista, ortodoncia o visión de rutina de adultos y cuidado de rutina de los pies a menos que sea parte del tratamiento para diabéticos
- Con excepción de lo indicado en la sección de beneficios médicos, cualquier corrección de mala oclusión, protrusión, hipoplasia o hiperplasia mandibular.
- Tratamiento de inquietudes de "calidad de vida" o "estilo de vida", que incluyen entre otros la obesidad, caída del cabello o mejora cognitiva a menos que lo requiera la ley
- Servicios cosméticos tales como exfoliaciones química, cirugía plástica y medicamentos
- Tratamiento profiláctico
- Cargos por artículos no médicos
- Cargos por cuidado de custodia, enfermería privada o consultas telefónicas
- Tratamiento de estímulo hormonal para promover o demorar el crecimiento
- Cargos por transformación sexual, tratamiento de la disfunción o insuficiencia sexual; o restauración o mejoramiento del desempeño o deseo sexual
- Cargos por almacenamiento del cordón umbilical, exámenes, asesoramiento o servicios genéticos
- Cargos por diagnóstico y tratamiento de la infertilidad o embarazo sustituto
- Terapia de quelación
- Cargos por la prueba y tratamiento relacionado con el diagnóstico de la conducta o problemas de desarrollo, pruebas o capacitación educativa, programas vocacionales o de trabajo, vivienda de transición o servicios provistos a través de un sistema escolar
- Cargos por medicina alternativa, incluida la acupuntura, bioretroalimentación y medicina naturopática, salvo si está cubierto en servicios de habilitación y rehabilitación
- Medicamentos no aprobados por la FDA; medicamentos ilegales según la ley federal tales como la marihuana; medicamentos dispensados en un entorno de atención ambulatoria que no sea una farmacia
- Cargos por un proveedor médico que sea familiar inmediato o que resida con una persona cubierta
- Cargos que superen los beneficios máximos indicados
- Servicios experimentales o de investigación
- Cargos relacionados con el suicidio asistido por un prestador de atención médica
- Cargos por medicamentos de venta libre (a menos que sean recomendados por la Comisión especial de servicios preventivos de los Estados Unidos y autorizados por un proveedor de atención médica)
- Dispositivos craneales de ortodoncia, salvo después de la cirugía craneal
- Cargos por dispositivos médicos destinados a ser utilizados en el hogar, salvo que estén cubiertos en la sección de beneficios médicos del contrato
- Cargos por tratamiento, servicios, suministros o medicamentos provistos por o a través del empleador de una persona con cobertura o el empleador del familiar de una persona con cobertura
- Cargos por tratamiento, servicios, suministros o medicamentos provistos por o a través una entidad en que una persona con cobertura, un familiar inmediato, reciba o tenga derecho a recibir un beneficio financiero indirecto.
- Cargos por Retin-A (tretinoína) y otros medicamentos usados en el tratamiento o prevención del acné, rosácea o afecciones relacionadas para personas mayores de 30 años
- Cargos por dispositivos o suministros, con excepción de lo que se describe en una receta

Exclusiones a los beneficios pediátricos dentales y de visión

- Cargos por cultivos virales, análisis de saliva, incluido el análisis de saliva para el diagnóstico químico o biológico; análisis de caries; pruebas adjuntas previas al diagnóstico; modalidades de diagnóstico electrónico; análisis de oclusión; pruebas musculares
- Cargos por procedimientos de desclasificación; tinciones especiales, ya sean o no para detectar microorganismos; tinciones inmunohistoquímicas; hibridización de tejido in situ
- Cargos por microscopía de electrones; inmunofluorescencia directa; consulta de portaobjetos preparados por otro proveedor; consulta con la preparación del portaobjetos; acceso transepitelial; artografía de disfunción de TMJ y otra películas de disfunción de TMJ; estudios tomográficos; tomografía computada con rayo cónico, rayo cónico de imágenes múltiples de 2 dimensiones y rayo cónico de imágenes múltiples de 3 dimensiones
- Cargos por instrucción sobre higiene oral
- Cargos por reemplazo quirúrgico fijado con tornillos; reemplazo quirúrgico con o sin ala quirúrgica; aparatos y terapia para trastornos de TMJ; aumento del tabique con hueso o sustituto de hueso; extracción de aparatos; colocación intraoral de un dispositivo de fijación; aparatos para el movimiento o la guía de dientes; extracción de un retenedor fijo de espacio
- Cambios de superficies de laminado de oro; coronas provisionarias; tratamiento posterior a la extracción; coronas temporales; manejo; implante de endodoncia; reimplante intencional; aislamiento quirúrgico de un diente; preparación de conducto; exposición anatómica de corona; entablillados, ya se intracoronar o extracoronar; dentadura provisoria completa, superior o inferior; dentadura provisoria parcial, superior o inferior; sujeción de precisión; sujeción de precisión removible; portador de gel de flúor; soportes personalizados; puentes provisionarios; puentes temporales; corona de retención provisoria; barra de conexión; placa de descanso
- Cargos por equilibración, fijaciones periodontales, rehabilitación de la boca completa, restauración por la mala alineación de los dientes u otros servicios de ortodoncia que restablecen o mantienen la oclusión o alteran la dimensión vertical
- Cargos por servicios y suministros de ortodoncia que no son médicamente necesarios; reparación de aparatos dañados de ortodoncia; aparatos de ortodoncia extraviados o su reemplazo; retención de relaciones de ortodoncia
- Cargos por terapia visual
- Cargos por dos pares de gafas en lugar de bifocales; lentes no recetados (planos); gafas robadas o extraviadas; prima de seguro por lentes de contacto o gafas; lentes de reemplazo dentro del mismo año calendario.

Información adicional

PLANES DE SALUD CALIFICADOS

Los planes de salud calificados son planes certificados para ser vendidos en el Mercado.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DISPONIBLE

El agente o la compañía de seguros ofrecen una descripción de la cobertura. Consulte la descripción de la cobertura para conocer características importantes de este plan de beneficios de salud.

Esta guía de referencia del producto ofrece información resumida.

Consulte la póliza de seguro o consulte con su agente para ver una cotización de prima y una lista completa de los beneficios, exclusiones y términos de cobertura.

Assurant Health es la marca de los productos suscritos y emitidos por Time Insurance Company. Formulario 30771-TX (10/2014)

© 2014 Assurant, Inc. Todos los derechos reservados.

TIM14.15.QHP.POL.DD.TX, TIM14.15.QHP.POL.LBP.DD.TX,

TIM14.15.POL.DD.TX, TIM14.15.POL.LBP.DD.TX

El mapa siguiente representa las áreas de servicio donde están disponibles los planes médicos individuales de Assurant Health para la compra en el *mercado* federal.

