

MEDlink® Select Seguro para gastos no cubiertos

Seguro complementario grupal de gastos médicos



¿QUÉ ES UN SEGURO PARA GASTOS NO CUBIERTOS?



El Seguro para gastos no cubiertos MEDlink® de APL está diseñado para funcionar con su plan médico principal a fin de ayudarle a cubrir las brechas que dejan los deducibles, coseguros y copagos — ya que cubre gran parte de los costos de su bolsillo después de que el seguro médico principal ha realizado el pago.



El deducible promedio anual para un empleado **aumentó un 79%** durante los últimos 10 años.*

CÓMO FUNCIONA



1 ESCOJA el tipo de plan y la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades individuales o a las necesidades de su familia.



2 ¡USE su seguro médico de la forma habitual! MEDlink® ayuda a cubrir los cargos por servicios en el hospital y servicios como paciente ambulatorio, que incluye atención de urgencia y pruebas de diagnóstico.



3 PRESENTE su reclamación. Use su tarjeta de identificación de MEDlink® en la oficina de su proveedor, presente una reclamación en línea o por correo postal.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES



- Emisión garantizada sin preguntas o exámenes médicos cuando está cubierto por otro plan médico
- Tarjeta de identificación
- Deducciones mensuales de la nómina **
- Primas rentables
- Los beneficios son asignables para facilitar el proceso de reclamación

EJEMPLOS DE BENEFICIOS

Beneficios en el hospital

- Tratamiento mientras está internado en un hospital
- Tratamiento de paciente internado por un trastorno mental o emocional
- Servicio de ambulancia cuando el resultado fue la internación hospitalaria

¡Uno nunca puede sentirse **demasiado cubierto, demasiado seguro ni demasiado protegido!**

Beneficios de paciente ambulatorio

- Tratamiento en una instalación de atención de urgencia o emergencias
- Terapia física realizada en una instalación de terapia física
- Cirugía realizada en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o un centro independiente de cirugía ambulatoria
- Pruebas de diagnóstico en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o una instalación de generación de imágenes de resonancia magnética (MRI)
- Tratamiento de paciente ambulatorio por un trastorno mental o emocional
- Servicio de ambulancia
- Tratamiento ambulatorio contra el cáncer
- Equipamiento médico duradero



Esta póliza MEDlink® ofrece beneficios limitados.

Este producto tiene limitaciones y exclusiones, es posible que no todos los beneficios estén disponibles en todos los estados, no reemplaza el seguro de compensación de los trabajadores. **Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.**

Resumen de beneficios	
	Plan 1
Financiación	Voluntario
Tipo de plan	Cobertura en el hospital y como paciente ambulatorio
Beneficio en el hospital	
Máximo de beneficio en el hospital	\$5,000 por persona con cobertura por internación
Beneficios en el hospital* <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento mientras está internado en un hospital como paciente hospitalizado Tratamiento de paciente internado por un trastorno mental o emocional - máximo de 30 días de tratamiento por persona con cobertura por año calendario Transporte en ambulancia aérea o por tierra a un hospital o desde una instalación médica a otra donde la persona con cobertura está internada como paciente hospitalizado. Una compañía de ambulancias autorizada debe brindar el servicio de ambulancia. <p>Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios en el hospital.</p>	
Beneficio de paciente ambulatorio	
Máximo de beneficios de paciente ambulatorio	\$300 por persona con cobertura por día calendario para servicios cubiertos como paciente ambulatorio.
Beneficios de paciente ambulatorio* <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento en una sala de emergencias de un hospital sin ser considerado posteriormente paciente hospitalizado sujeto al deducible por sala de emergencias por ocurrencia, si es aplicable a su plan. Tratamiento en una instalación de atención de urgencia Terapia física realizada en una instalación de terapia física Cirugía realizada en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o un centro independiente de cirugía ambulatoria Pruebas de diagnóstico realizadas en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o una instalación de generación de imágenes de resonancia magnética (MRI) Tratamiento de paciente ambulatorio de un trastorno mental o emocional realizado en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital - máximo de 30 días de tratamiento por persona con cobertura, por año calendario Servicio de transporte por ambulancia aérea o por tierra a un hospital o desde una instalación médica a otra donde la persona con cobertura reside menos de 18 horas. Una compañía de ambulancias autorizada debe brindar el servicio de ambulancia. <p>Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios como paciente ambulatorio.</p>	
Cláusula(s) de paciente ambulatorio	
Cláusula de tratamiento ambulatorio contra el cáncer* Debe realizarse en una instalación de tratamiento para el cáncer. Una instalación de tratamiento para el cáncer también incluye el consultorio de un médico.	Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios de paciente ambulatorio
Cláusula de equipamiento médico duradero* Debe ser recomendado por un médico, estar cubierto por el otro plan médico y no ser descartable ni implantable en el cuerpo y no es útil para una persona si no tiene una enfermedad o lesión.	Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios de paciente ambulatorio
Cláusula(s) de enmiendas	
Cláusula de enmienda para maternidad de hijo dependiente	Incluye

*Después de cumplir con todos los deducibles aplicables como paciente ambulatorio y/o internado en el hospital, los beneficios son pagaderos por cargos cubiertos de su bolsillo incurridos por una persona con cobertura según el otro plan médico.

Plan 1 - Semi Mensual Prima				
Edad	Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Familia
18+	\$22.03	\$44.96	\$38.51	\$56.22

*La prima total incluye el Plan seleccionado y cualquier prima de cláusulas aplicables. La prima y el monto de los beneficios pueden variar, dependiendo del plan que haya elegido en el momento de la solicitud.

La persona con cobertura debe estar cubierta por el otro plan médico al momento de incurrir en cualquier cargo cubierto. Una persona con cobertura significa una persona elegible para recibir cobertura según el certificado y para quien la cobertura está vigente. Un dependiente elegible significa su cónyuge legal que está cubierto como dependiente en su otro plan médico y/o su hijo (biológico, adoptado, de crianza o hijastro) que está cubierto como dependiente en su otro plan médico y que es menor de 26 años de edad y/o un menor a su cargo, cuidado y control, que ha sido colocado para adopción y que es menor de 26 años. Si el hijo dependiente elegible todavía tiene cobertura de la póliza en el momento de alcanzar la edad límite de 26 años, usted puede continuar asegurando a su hijo al menos hasta el final del año calendario en el que el hijo alcance la edad de 30 años si el hijo: no está casado y no tiene dependientes propios; es residente de Florida o estudiante de medio tiempo o tiempo completo; y no recibe cobertura como suscriptor nombrado, asegurado, inscrito o persona cubierta bajo ninguna otra póliza grupal, contra todo riesgo o franquicia, de seguro de salud o plan de beneficios de salud individual, o no tiene derecho a beneficios según el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social.

Otro plan médico incluye toda póliza médica principal básica, médica integral o de atención administrada brindada a través del titular de la póliza y mediante la cual una persona con cobertura tiene cobertura. Otro plan médico no incluye TRICARE, Medicare o Medicaid.

Un hospital no es una institución (ni parte de una institución), que se use como: un lugar de rehabilitación, un lugar de descanso o para los ancianos, un asilo o casa de convalecencia, una unidad de enfermería de largo plazo o pabellón geriátrico, o una instalación de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

Cláusulas

Si es aplicable a su plan, todas las cláusulas son parte de la póliza/certificado al cual están adjuntas y están sujetas a las disposiciones de la póliza/certificado que no estén en conflicto con aquellas de las cláusula.

Deducibles para paciente ambulatorio

Si es aplicable a su plan, cuando el deducible del certificado se basa en ocurrencia y la persona que tiene cobertura recibe más de un servicio como paciente ambulatorio cubierto el mismo día calendario, se requerirá cumplir solo con un deducible del certificado. Si es aplicable a su plan, el deducible de sala de emergencias por ocurrencia debe cumplirse para cada visita a la sala de emergencias. Este deducible es separado y adicional al deducible de paciente ambulatorio. El deducible por sala de emergencias no se aplica al deducible de paciente ambulatorio incluso si la consulta es por el mismo problema médico o uno relacionado.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por gastos incurridos durante cualquier periodo en que la persona cubierta no tenga cobertura con su otro plan médico. Si se recibe una reclamación después de que haya finalizado la cobertura del otro plan médico, la responsabilidad de APL se limitará a un reembolso de cualquier prima pagada desde la finalización de la cobertura.

No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos que resulten o sean causados por, ya sea directa o indirectamente: guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o cualquier acto relacionado con la guerra mientras la persona sirve en las fuerzas armadas o cualquier unidad auxiliar de dichas fuerzas, (APL devolverá la parte proporcional del dinero de cualquier prima pagada por una persona con cobertura en esas condiciones una vez que se presente una solicitud por escrito); atención de rutina ambulatoria para un recién nacido (excepto circuncisión de un recién nacido); atención de descanso o cuidado y tratamiento de rehabilitación (esto no incluye rehabilitación para el tratamiento de una discapacidad física); aborto voluntario excepto, con respecto a usted o a su dependiente elegible con cobertura: cuando su vida o la de su dependiente estuviera en peligro si el feto se llevara a término o cuando surgieran complicaciones médicas del aborto; participar en disturbio, insurrección, rebelión, alboroto civil, desobediencia civil o asamblea ilegal; (esto no incluye un siniestro que ocurra mientras se actúe de manera legal dentro del alcance de la autoridad); cometer o tratar de cometer un acto ilegal que se defina como delito grave (el delito grave está definido por la ley de la jurisdicción en la cual se realice el acto); participar en un concurso de velocidad en vehículos de potencia, paracaídas o vuelo en ala delta; viaje aéreo, excepto: como pasajero que pague tarifa en una aerolínea comercial en una ruta programada regularmente; o como pasajero de transporte solamente y no como piloto o miembro de la tripulación; estar intoxicado o bajo la influencia de algún narcótico, a menos que lo administre un médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del médico (intoxicación significa lo que esté determinado y definido por las leyes y la jurisdicción de la zona geográfica en la cual el suceso haya provocado el siniestro ocurrido); alcoholismo o drogadicción; cambios de sexo; tratamiento, drogas o cirugía experimentales (los trasplantes de médula ósea no se consideran como experimentales); accidente o enfermedad que surja por y en el curso de toda ocupación por compensación, sueldo o ganancia (esto no se aplica a quienes sean propietarios únicos o socios que no estén cubiertos por la compensación de los trabajadores); servicios dentales o de la vista, incluyendo tratamiento, cirugía, extracciones o radiografías, a menos que sean resultado de un accidente ocurrido mientras la cobertura de la persona cubierta sea válida y se realice a menos de 12 meses de la fecha de dicho accidente; o se deban a una enfermedad o anomalía congénita de un recién nacido que esté cubierto; cirugía cosmética opcional (excepto circuncisión de un recién nacido); fármacos (de receta y sin receta para usarse fuera de una instalación cubierta tal como se define en esta póliza o en toda cláusula anexa); esterilización y reversión de esterilización; un gasto que no cumpla con la definición de cargo cubierto para paciente internado o cargos cubiertos para paciente ambulatorio; un gasto o servicio que exceda alguno de los beneficios máximos, tal como se muestra en el programa de beneficios en la póliza/certificado; todo gasto para el cual no se paguen beneficios según el otro plan médico; o embarazo de un hijo dependiente elegible si es aplicable al plan.

No duplicación de beneficios

La duplicación de beneficios no está permitida conforme a la póliza y/o a cualquier cláusula adjunta. Si un cargo cubierto es pagadero según más de un beneficio, solo un beneficio, el mayor, será pagadero.

Terminación del certificado

La cobertura del seguro conforme al certificado, incluyendo cualquier cláusula anexa, terminará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en que termine la póliza; la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; la fecha en que usted ya no califique como asegurado; la fecha en que su cobertura del otro plan médico finalice; o la fecha de su muerte.

MEDlink® Select

Seguro complementario grupal de gastos médicos



Terminación de la cobertura

La cobertura del seguro conforme al certificado y/o cualquier cláusula anexa para una persona con cobertura finalizará de la siguiente forma: la fecha en que termine la póliza; la fecha en que termine el certificado; la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; la fecha de recepción de una solicitud por escrito de su parte para finalizar la cobertura de la persona con cobertura; la fecha en que una persona con cobertura ya no califique como asegurado o como dependiente elegible; la fecha de la muerte de la persona cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier persona asegurada que presente una reclamación fraudulenta.



2305 Lakeland Drive | Flowood, MS 39232
ampublic.com | 800.256.8606

Protegido por American Public Life Insurance Company. Esta es una descripción breve de la cobertura. Este producto tiene limitaciones y exclusiones. Para conocer los beneficios completos y otras cláusulas, consulte la póliza/certificado/cláusulas. Esta cobertura no es un reemplazo del seguro de compensación de los trabajadores. Esta no es una póliza adicional a Medicare. **Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.** Esta póliza se considera un plan de beneficios para el bienestar de los empleados, establecido y mantenido por una asociación, patrón o empleador cuya intención es tener cobertura de ERISA, y será administrada y se hará cumplir de conformidad con ERISA. Las pólizas grupales emitidas para entidades gubernamentales y municipios, pueden estar exentas de las directrices de ERISA. Formulario de póliza MEDlink® series 7 y 8 | Florida | Seguro complementario grupal de gastos médicos | (11/21)