



Seguro grupal por cáncer

Concéntrese en la pelea.

Un diagnóstico de cáncer puede ser agotador tanto física como emocionalmente. Pero gracias a los avances en medicina y procedimientos para tratar el cáncer, cada vez más personas están venciendo esta enfermedad. Sin embargo, con estos avances, también llega el continuo aumento en los costos del tratamiento para el cáncer.

El **seguro grupal por cáncer de beneficios limitados** ofrece una solución para ayudar a usted y a su familia a concentrarse en luchar contra la enfermedad.

¿Sabía que...?

Los casos nuevos de cáncer en Estados Unidos se diagnostican a una tasa de aproximadamente 5,255 por día.

American Cancer Society: Datos y cifras sobre el cáncer para 2022, P4

Puntos destacados de los beneficios del plan

- **Ayuda a cubrir gastos** para el tratamiento del cáncer, transporte, hospitalización, entre otros.
- **Los beneficios se le pagan directamente a usted** para que los use como considere mejor.
- **Portable para llevarlo con usted** incluso si deja su empleo.
- **Opciones de cobertura disponibles** para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años.

Beneficios diseñados para ayudar a cubrir los costos.

Con más de 25 beneficios específicamente diseñados para ayudarle con el impacto financiero de recibir el diagnóstico, el **seguro grupal por cáncer** puede ayudar a pagar gastos no cubiertos por su seguro médico principal.

Ejemplos:



Diagnóstico y prevención

Beneficio anual para ayudar a pagar pruebas de detección o de diagnóstico cubiertas. Este beneficio también califica para procesamiento rápido.



Gastos de traslado

Este beneficio puede ayudar a pagar el transporte y alojamiento calificados para el paciente y la familia.

Puntos destacados de los beneficios del plan

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED	ENHANCED PLUS
Radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia Cargos reales por periodo de 12 meses	\$10,000	\$15,000	\$15,000
Trabajo administrativo/laboratorio por mes calendario	\$50	\$75	\$75
Terapia hormonal Por tratamiento por mes calendario, hasta un máximo de 12 por año calendario	\$50	\$50	\$50
Tratamiento experimental	Pagado de igual forma y bajo los mismos máximos que cualquier otro tratamiento		
Sangre, plasma y plaquetas Básica: por día, hasta \$10,000 por año calendario Enhanced y Enhanced Plus: por día, hasta \$15,000 por año calendario	\$200	\$300	\$300
Imágenes para diagnóstico médico por imagen hasta 2 por año calendario	\$200	\$300	\$300
Quirúrgico	\$20 unidad quirúrgica/ máx. por operación: \$2,000	\$30 unidad quirúrgica/ máx. por operación: \$3,000	\$40 unidad quirúrgica/ máx. por operación: \$4,000
Anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta		
Segunda y tercera opinión quirúrgica por diagnóstico	\$300	\$300	\$300
Hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria Por día de cirugía	\$200	\$400	\$600
Trasplante de médula ósea o células madre Suministrado por el paciente por año calendario Suministrado por donante por año calendario	\$500 \$1,500	\$1,000 \$3,000	
Prótesis y dispositivos ortopédicos y servicios relacionados Quirúrgico 1 por sitio, en la vida máx. de 2 dispositivos por persona con cobertura No quirúrgico 1 por sitio, en la vida máx. de 3 dispositivos por persona con cobertura Prótesis de cabello una vez en la vida	\$1,000 \$100 \$100	\$1,500 \$150 \$150	\$2,000 \$200 \$200
Internación en el hospital por día Día 1-30 Día 31+	\$100 \$200	\$200 \$400	\$300 \$600
Beneficio de gobierno de EE.UU./Hospital de caridad Pagado en lugar de la mayoría de los beneficios por día Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio	\$100	\$200	\$300
Instalación de cuidados extendidos por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital	\$100	\$200	\$300
Atención de la salud en el hogar por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital	\$100	\$200	\$300
Cuidados paliativos Básica: Por día, hasta \$18,000 por vida máx. Enhanced: Por día, hasta \$36,000 por vida máx. Enhanced Plus: Por día, hasta \$54,000 por vida máx.	\$100	\$200	\$300
Servicios de enfermería especiales para pacientes internados por día	\$100	\$200	\$300

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED	ENHANCED PLUS
Enfermedad catastrófica Por día mientras está internado en el hospital Día 1-30 Día 31+	\$100 \$200	\$200 \$400	\$300 \$600
Donante	\$1,000/donación		
Drogas y medicamentos Paciente hospitalizado por internación Paciente ambulatorio \$50 por receta hasta el máximo indicado por mes calendario	\$50 \$50	\$100 \$50	\$200 \$100
Médico responsable Mientras está internado en el hospital, por día	\$50	\$50	\$50
Transporte y alojamiento (Paciente y familia) Transporte \$1,500 máx por viaje de ida y vuelta; máx 12 viajes por año calendario Alojamiento por día hasta 90 días por año calendario	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil \$50	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil \$50	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil \$75
Ambulancia Terrestre por viaje, hasta 2 por internación Aéreo por viaje, hasta 2 por internación	\$200 \$2,000	\$200 \$2,000	\$200 \$2,000
Terapia física o del habla por consulta, hasta 4 por mes calendario - máx de \$1,000 en la vida	\$50	\$50	\$50
Diagnóstico y prevención 1 por año calendario	\$25	\$50	\$75
Seguimiento de pruebas de detección de cáncer 1 por año calendario	\$25	\$50	\$75
Exención de prima Empleado solamente	Después de 90 días seguidos de discapacidad		
Diagnóstico de cáncer interno Uno por persona con cobertura por vida, los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad	\$2,500	\$5,000	\$5,000
Diagnóstico de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular Uno por persona con cobertura por vida, los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad	N/A	N/A	\$5,000
Unidad de cuidados intensivos en el hospital Por día hasta 30 días por internación; los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad Ambulancia	\$600 \$100		

A menos que se indique lo contrario, los beneficios son para un monto de indemnización especificado listado en el programa que aparece arriba y están sujetos a máximos aplicables. Consulte las páginas siguientes para obtener descripciones más completas así como los límites de este plan.

PRIMAS MENSUALES	BÁSICA	ENHANCED	ENHANCED PLUS
Individual	\$15.80	\$24.26	\$31.62
Familiar	\$26.86	\$41.26	\$53.80

La prima y los montos de los beneficios varían según el plan seleccionado.

Puntos destacados de los beneficios del plan

Solo pérdida por cáncer: A menos que se indique lo contrario, los beneficios son pagaderos solo por pérdida resultante de un diagnóstico o tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer. La póliza no cubre ninguna otra afección, enfermedad o discapacidad, incluso aunque después de contraer cáncer esta situación se haya agravado o visto afectada por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer, a excepción de afecciones específicamente contempladas en el beneficio de enfermedad catastrófica; beneficio de unidad de cuidados intensivos en el hospital; o beneficio por ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, si estuvieran incluidos.

El **cáncer** significa una enfermedad que se manifiesta por un crecimiento autónomo (maligno) en el cual existe un crecimiento, función o propagación (local o distante) sin control de células en alguna parte del cuerpo. Esto incluye cáncer in situ y melanoma maligno. No incluye otras afecciones que se podrían considerar precancerosas o que tienen potencial maligno tales como leucoplaquia; hiperplasia; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); policitemia; queratosis actínica; anemia aplásica; atipia; gamopatía monoclonal no maligna; o lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

Tales diagnósticos de cáncer deben ser diagnosticados positivamente por un médico con licencia legal certificada por el American Board of Pathology (Consejo Estadounidense de Patología) o el American Board of Osteopathic Pathology (Consejo Estadounidense de Patología Osteopática). La interpretación patológica de la histología de las lesiones en la piel serán aceptadas por dermatólogos certificados por el American Board of Dermatopathology (Consejo Estadounidense de Dermatopatología). El diagnóstico debe ser según el examen microscópico de tejido fijo o preparaciones del sistema hematológico (ya sea durante la vida o posmortem). El patólogo que establece el diagnóstico deberá basar sus conclusiones exclusivamente en los criterios de malignidad según están aceptados por el American Board of Pathology o el Osteopathic Board of Pathology después de un estudio de la arquitectura o patrón histocitológico del tumor, tejido y/o muestra sospechada.

Beneficio de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia: Pagaremos los cargos reales hasta el beneficio listado en el programa por período de 12 meses. Si no se presenta una prueba de pérdida sobre cargos reales por tratamiento, pagaremos el monto diario indicado en su certificado para cada día en que se reciba tratamiento, hasta el máximo de cargos real por período de 12 meses. Una vez recibida la prueba de pérdida sobre cargos reales, pagaremos la diferencia hasta el máximo por período de 12 meses. Cargos reales son la cantidad pagada por la persona con cobertura, o en su nombre, y aceptada por el proveedor de los servicios prestados.

Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados tales como planificación de tratamiento, gestión o consulta sobre el tratamiento, diseño y construcción de dispositivos de tratamiento, cálculo de dosimetría de radiación, análisis de laboratorio, radiografías, tomografías, suministros médicos, y equipo usado en la administración (soluciones IV, agujas, vendajes, bombas, catéteres, etc.).

Beneficio de trabajo administrativo y laboratorio: Se paga si la persona con cobertura también está recibiendo beneficios por radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia durante el mismo mes calendario.

Beneficio de tratamiento de hormonas: Los fármacos y medicamentos cubiertos según el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia no están incluidos. Este beneficio no cubre procesos administrativos relacionados.

Beneficio de tratamiento experimental: Los beneficios por tratamiento experimental indicado por un médico para el tratamiento de cáncer serán suministrados al igual que el tratamiento no experimental. No se brinda cobertura para tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Beneficio de sangre, plasma y plaquetas: Los procesos de laboratorio no están incluidos. Los factores estimuladores de colonias no están cubiertos. Solamente se brindan beneficios para sangre, plasma y plaquetas según este beneficio.

Beneficio de imágenes para diagnóstico médico: Pagadero para una persona con cobertura que ha sido diagnosticada con cáncer y se realiza una resonancia magnética; tomografía computarizada; tomografía axial computarizada; tomografía por emisión de positrones; o captación de yodo radiactivo (tiroides) (RAIU, por sus siglas en inglés) a pedido de un médico.

Beneficio quirúrgico: Pagadero cuando se realiza una operación quirúrgica a una persona cubierta para un diagnóstico cubierto de cáncer, cáncer de la piel o cirugía reconstructiva debido a un cáncer. Los beneficios se calculan hasta un beneficio máximo multiplicando el valor unitario quirúrgico asignado al procedimiento, tal como se muestra en la tabla de valores relativos más actual del médico, por

el monto unitario en dólares mostrado en el programa del certificado. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarán como una operación y los beneficios se limitarán al procedimiento más caro. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico negativo de cáncer no están cubiertas por este beneficio. Las cirugías de médula ósea, cirugías para implantar un dispositivo prostético permanente, las cirugías necesarias para la administración de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia no están cubiertas por este beneficio.

Beneficio de anestesia: Los servicios de un anestesiólogo para cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica no están cubiertos.

Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica: Pagadero una vez por diagnóstico de cáncer para una segunda opinión quirúrgica, y una tercera si la segunda está en desacuerdo con la primera. Las opciones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas.

Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria: Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos.

Beneficio de trasplante de médula ósea o células madre: La extracción de médula ósea o células madres de un donante no está cubierta según este beneficio.

Beneficio de prótesis y dispositivos ortopédicos y servicios relacionados:

Pagadero por un dispositivo prostético u ortopédico y, si se requiere cirugía, su implante quirúrgico. Los insumos relacionados con la prótesis, tales como sostenes especiales o bolsas de ostomía e insumos no están cubiertos. Los beneficios para prótesis de cabello solo serán cubiertos bajo el beneficio de prótesis de cabello.

Los beneficios cubiertos según esta disposición se limitan al modelo más adecuado de prótesis o dispositivo ortopédico que cumpla adecuadamente con las necesidades médicas de la persona con cobertura según determine el médico a cargo del tratamiento o el podólogo de la persona con cobertura y el ortopedista, según corresponda. El beneficio de prótesis incluirá reparación y reemplazo de una prótesis o dispositivo ortopédico, a menos que la reparación o el reemplazo se requiera debido al uso incorrecto por parte de la persona con cobertura. "Dispositivo ortopédico" significa un dispositivo médico personalizado o fabricado a medida que se aplica a una parte del cuerpo humano para corregir una deformidad, mejorar la función o aliviar los síntomas de una enfermedad. "Prótesis" significa un dispositivo artificial diseñado para reemplazar, total o parcialmente, un brazo o una pierna.

Beneficio de internamiento en hospital: Paga cuando la persona con cobertura requiere una internación hospitalaria por al menos 18 horas seguidas. No pagaremos este beneficio por tratamiento ambulatorio o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación o sala de emergencias. Un hospital no incluirá ninguna institución, ni parte de esta, utilizada por la persona con cobertura como lugar para rehabilitación; una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Beneficio de hospital de caridad o del gobierno de EE.UU.: Pagadero cuando no está disponible una lista desglosada de servicios y la persona con cobertura está internada en un hospital de caridad o en un hospital que es propiedad del gobierno de EE. UU., u operado por este, como resultado del cáncer o una enfermedad catastrófica o cubierta por un grupo relacionado de diagnóstico donde no se hacen cargos por el tratamiento del cáncer o de la enfermedad catastrófica a la persona con cobertura. Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los beneficios listados en el programa.

Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos: Paga un beneficio diario por internación autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días después de una internación hospitalaria.

Beneficio de cuidado de salud en casa: Paga un beneficio diario por atención de enfermería privada autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días de una internación hospitalaria. Este beneficio no incluye asesoría sobre nutrición, servicios sociales médicos, insumos médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipo médico duradero, medicamentos o fármacos, cuidado de los niños, servicios de comidas o de mantenimiento y limpieza del hogar, o terapia física o del habla.

Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos: Paga un beneficio diario cuando un médico determina una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos y aprueba cuidados paliativos en el hogar o en una instalación de cuidados paliativos. Este beneficio no incluye cuidado de bebé sano, servicios de voluntarios, alimentos, servicios de limpieza y mantenimiento del hogar, o apoyo familiar después de la muerte.

Puntos destacados de los beneficios del plan (cont.)

Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado: Paga un beneficio diario cuando recibe atención de enfermería especial autorizada por un médico (distinta a la que brinda normalmente un hospital) de al menos 8 horas consecutivas durante un periodo de 24 horas.

Beneficio de enfermedad aterradora: Las enfermedades aterradoras cubiertas son: enfermedad de addison; esclerosis lateral amiotrófica; fibrosis quística; difteria; encefalitis; epilepsia tónico-clónica generalizada (epilepsia de gran mal); enfermedad del legionario; meningitis; esclerosis múltiple; distrofia muscular; miastenia grave; enfermedad de Niemann-Pick; osteomielitis; poliomielitis; síndrome de reye; fiebre reumática; fiebre maculosa de las montañas Rocosas; anemia de células falciformes (drepanocitosis); lupus eritematoso sistémico; enfermedad de Tay-Sach; tétanos; necrólisis epidérmica tóxica; síndrome de shock tóxico; tuberculosis; tularemia; fiebre tifoidea; enfermedad de Whipple.

Beneficio de donante: Los gastos de donantes de sangre no están cubiertos.

Medicamentos y beneficio de medicinas: Paga un beneficio por medicamentos contra las náuseas y el dolor para el tratamiento contra el cáncer. No incluye procesos administrativos asociados, fármacos o medicamentos cubiertos bajo el beneficio de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia o el beneficio de terapia hormonal.

Beneficios de transporte y alojamiento: Paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren con horario, o en automóvil y alojamiento como paciente ambulatorio para recibir tratamiento de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia, trasplante de médula ósea o de células madre, o cirugía en un hospital no disponible localmente y al menos a 50 millas de la residencia de la persona con cobertura. Pagadero para la persona con cobertura y un familiar adulto. Si viaja en el mismo automóvil o se aloja en la misma habitación, el beneficio es pagadero solo para la persona con cobertura.

Beneficio de ambulancia: Si se requieren los servicios de ambulancia aérea y terrestre el mismo día, pagaremos solamente el monto más alto del beneficio. La persona con cobertura debe ser admitida como paciente hospitalizado e internado en el hospital durante al menos 18 horas seguidas.

Exención de prima: La prima queda exenta si usted está discapacitado debido al cáncer por más de 90 días consecutivos. Este beneficio no aplica si su cónyuge o hijo/a queda discapacitado. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de terapia física o del habla: La terapia debe ser realizada por un cuidador con licencia en terapia física o del habla.

Beneficio de diagnóstico y prevención: Paga por una prueba de detección de cáncer interno médica y generalmente reconocida. Este beneficio no es pagadero por ninguna prueba cubierta según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico.

Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer: Pagadero por una prueba de detección invasiva de seguimiento cuando una persona con cobertura recibe resultados anormales de una prueba de detección cubierta. Para las pruebas que impliquen una incisión o cirugía, es pagadero solo para una prueba que resulte en un diagnóstico negativo de cáncer.

Beneficio por diagnóstico de cáncer interno: Pagadero si un médico diagnostica cáncer interno a la persona con cobertura después de que la cobertura esté activa para esa persona.

Beneficio por diagnóstico de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular: Pagadero si un médico diagnostica un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular a la persona con cobertura después de que la cobertura esté activa para esa persona. Este beneficio es pagadero solo por la primera ocurrencia de un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Limitaciones y exclusiones

Problema de salud preexistente significa una enfermedad específica para la cual la persona con cobertura: recibió un tratamiento; o recibió consejos de un médico durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la persona con cobertura.

Limitación por un problema de salud preexistente: Ningún beneficio será pagadero por una pérdida causada por un problema de salud preexistente o que resulte de este problema que ocurra antes de que una persona con cobertura haya contado con cobertura continua según la póliza durante 12 meses consecutivos. Los problemas preexistentes nombrados o descritos específicamente tal como se excluyen en alguna parte de este contrato nunca están cubiertos. Los aumentos o cambios en la cobertura estarán sujetos a una limitación de problema de salud preexistente adicional.

Limitaciones de los beneficios de la unidad de cuidados intensivos en el hospital: No se pagarán beneficios durante los primeros dos años de cobertura para las internaciones hospitalarias causadas por un problema cardíaco cuando se haya diagnosticado o tratado antes de los 30 días después de la entrada en vigencia de la cobertura. (El problema cardíaco que causa la internación no necesariamente tiene que ser el mismo problema diagnosticado o tratado antes de la fecha de entrada en vigencia).

Exclusiones: No pagaremos beneficios que resulten o sean causados por:

- (a) lesiones corporales autoinfligidas intencionales, suicidio o intento de suicidio, ya sean en estado de lucidez o demencia;
- (b) alcoholismo o drogadicción;
- (c) todo acto de guerra, declarada o no declarada, o todo acto relacionado con la guerra;
- (d) servicio militar para cualquier país en guerra;
- (4) participación en una actividad o evento mientras está 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; o
- (5) participación o intento de participación en un delito grave, disturbio o insurrección (Un delito grave está definido por las leyes de la jurisdicción en la cual se realice la acción).

Tampoco son pagaderos los beneficios por servicios realizados por un médico que esté relacionado con la persona con cobertura.

Terminación del seguro: Su cobertura podrá continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará siempre y cuando la póliza grupal siga en vigencia, las primas estén pagas y usted siga siendo elegible para la cobertura según la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en trabajo activo, su empleo termine, o muera. La cobertura de sus dependientes terminará si termina su cobertura, no se pagan las primas, ya no cumplen con la definición de dependiente o la póliza se modifica para excluir dependientes. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con una notificación con 31 días de anticipación. Si el valor de las primas aumenta, se lo notificaremos con 60 días de anticipación.

Este producto puede contener limitaciones, exclusiones y periodos de espera. Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid. Esta es una descripción breve de la cobertura. Para conocer los beneficios completos y otras disposiciones, consulte su certificado. Las disposiciones y los beneficios de la póliza podrían variar si usted reside en un estado distinto al estado del domicilio de su empleador. Esta póliza se considera un plan de beneficios para el bienestar de los empleados y/o mantenido por una asociación o un 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 pueden estar exentas de las directrices de ERISA.

Comercializado por:

Protegido y administrado por:



American Fidelity Assurance Company
americanfidelity.com