

Resumen de beneficios[‡] for Midlothian ISD

	Plan 2 Beneficio del asegurado
Cobertura de cónyuge	Disponible
Cobertura de hijo(s) dependiente(s)	Disponible
Periodo de problema de salud preexistente/periodo de exclusión de problema de salud preexistente	12 meses/12 meses
Cláusula de enmienda de portabilidad	Incluye
Cláusula de enmienda de continuidad de cobertura (traspaso)	Incluida, crédito otorgado por tiempo bajo la cobertura anterior para: Limitación por un problema de salud preexistente Requisitos de elegibilidad
Beneficio del plan para cáncer	Nivel 3
Radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia Máximo por período de 12 meses	\$15,000
Terapia hormonal Máximo de 12 tratamientos por año calendario	\$50 por tratamiento
Tratamiento experimental	pagado de igual forma y bajo los mismos máximos que cualquier otro beneficio
Mastectomía	
Internación	\$50 por día de internación en el hospital
Cirugía	\$25 por cirugía
Prótesis	\$25
Pruebas de detección de cáncer de ovario o cervical 1 prueba por año calendario	\$10
Prótesis y dispositivos ortopédicos quirúrgico o no quirúrgico	\$25
Beneficio de primera ocurrencia de cáncer interno	Nivel 2
Beneficio de suma total Máximo 1 en toda la vida	Asegurado o Cónyuge: 5,000 Hijo(s) dependiente(s) elegible(s): \$7,500
Cláusulas de beneficio	
Cláusula de beneficios de pruebas de detección de cáncer	Nivel 1
Pruebas de diagnóstico 1 prueba por año calendario	\$50 por prueba
Pruebas de diagnóstico de seguimiento 1 prueba por año calendario	\$100 por prueba
Imágenes para diagnóstico médico	\$500 por prueba; 1 prueba(s) por año calendario
Cláusula de beneficio quirúrgico	Nivel 2
Operación quirúrgica	\$30 unidad de monto en dólares; Máx \$3,000 por operación
Anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta
Trasplante de médula ósea Máximo en toda la vida	\$6,000
Trasplante de células madre Máximo en toda la vida	\$600
Prótesis Implante quirúrgico No quirúrgico (no peluquín) 1 dispositivo por sitio, por vida	\$1,000 por dispositivo \$100 por dispositivo
Cláusula de beneficios de cuidado del paciente	Nivel 3
Internación en el hospital	Asegurado o Cónyuge: \$200 por día de internación en el hospital, días 1-30; \$400 por día de internación en el hospital, días 31+ Hijo(s) dependiente(s) elegible(s): \$400 por día de internación en el hospital, días 1-30; \$800 por día de internación en el hospital, días 31+
Instalación para pacientes ambulatorios	\$400 por día en que se realiza la cirugía
Médico responsable	\$40 por día de internación en el hospital

	Plan 2 Beneficio del asegurado
Enfermedad catastrófica	\$200 por día de internación en el hospital, días 1-30; \$400 por día de internación en el hospital, días 31+
Instalación de cuidados extendidos	\$200 por día
Donante	\$200 por día
Atención de la salud en el hogar	\$200 por día
Cuidados paliativos	\$200 por día; máximo de 365 días por vida
Gobierno de EE. UU., Hospital de Caridad o HMO	\$200 por día de internación en el hospital, días 1-30; \$400 por día de internación en el hospital, días 31+
Cláusula de beneficios varios	Nivel 1
Evaluación o consulta en centro de tratamiento para el cáncer - 1 por vida	No incluido
Viaje y alojamiento por evaluación o consulta - 1 por vida	No incluido
Segunda / tercera opinión quirúrgica Por diagnóstico de cáncer	\$300 / \$300
Drogas y medicamentos	\$150 por internación como paciente hospitalizado; \$50 por receta para paciente ambulatorio, máximo \$150 por mes
Peluquín (peluca) - 1 por vida	\$150
Transporte y alojamiento Transporte - 12 viajes por año calendario como máximo para todas las formas de transporte combinadas Alojamiento - hasta un máximo de 100 días por año calendario	precio real del pasaje o \$0.40 por milla para viaje en autobús, avión o tren; \$0.40 por milla para viaje en automóvil; \$50 por día para alojamiento
Transporte y alojamiento para un familiar Transporte - 12 viajes por año calendario como máximo para todas las formas de transporte combinadas Alojamiento - hasta un máximo de 100 días por año calendario	precio real del pasaje o \$0.40 por milla para viaje en autobús, avión o tren; \$0.40 por milla para viaje en automóvil; \$50 por día para alojamiento
Sangre, plasma y plaquetas	\$300 por día
Ambulancia 2 viajes por internación en el hospital como máximo para todas las formas de transporte combinadas	Terrestre: \$200 por viaje Aérea: \$2,000 por viaje
Servicios de enfermería especiales para pacientes internados	\$150 por día de internación en el hospital
Servicios de enfermería especiales para pacientes ambulatorios	\$150 por día
Equipo médico Máximo de 1 beneficio por año calendario	No incluido
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia auditiva y psicoterapia	\$25 por visita; máximo de \$1,000 por año calendario
Exención de prima	Incluye
Aumento en la cobertura	Solo disponible en la renovación anual. Debe ser aprobado por APL y las tarifas de las primas se basarán en la edad del asegurado. Sujeto al límite de tiempo en ciertas defensas y disposiciones sobre problemas de salud preexistentes, según se define en la póliza.

¹La prima y el monto de los beneficios pueden variar, dependiendo del plan que haya elegido en el momento de la solicitud.

Primas

Plan 2 - Mensual Prima*				
Edad	Empleado Solamente	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
18+	\$23.15	\$45.04	\$28.22	\$52.77

*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.

Consulte el Resumen de beneficios para ver detalles específicos de cada plan.

Los beneficios son solo pagaderos después de un diagnóstico de cáncer por una pérdida incurrida por el tratamiento para el cáncer mientras tenía cobertura según la póliza. Debe incurrirse en un cargo para que los beneficios sean pagaderos. Todos los beneficios son por persona con cobertura, por año calendario, a menos que se indique lo contrario. Cuando la cobertura termina para una pérdida incurrida después de la fecha de terminación de cobertura, la obligación de APL de pagar beneficios también termina para una enfermedad especificada que se manifestó mientras la persona estaba cubierta según la póliza. Todos los beneficios están sujetos a los máximos de beneficios propuestos.

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; su hijo biológico, adoptado o hijastro menor de 26 años; y/o cualquier niño menor de 26 años por quien usted está participando como parte interesada en un juicio para obtener la adopción del niño; cualquier niño menor de 26 años a quien usted debe brindar apoyo médico según una orden emitida conforme al Capítulo 154 del Código de Familia de Texas, o exigible por un tribunal en Texas; o nietos menores de 26 años si son sus dependientes para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se realiza la solicitud para la cobertura del nieto.

Un hospital no es una institución o parte de la misma que se utilice como: una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; una casa de convalecencia; una instalación de descanso o de enfermería, una instalación de rehabilitación; una instalación de cuidados extendidos; una instalación de enfermería especializada o una instalación que permite principalmente custodia, cuidado educativo o cuidado o tratamiento para personas que sufran de enfermedades o trastornos mentales, o cuidado para los ancianos, o adicción al alcohol o las drogas.

Beneficios de tratamiento para el cáncer

Terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia - Beneficios pagaderos por cargos reales, la cantidad realmente pagada por la persona con cobertura o en su nombre y aceptada por el proveedor de los servicios prestados, hasta el monto máximo de beneficio por periodo de 12 meses. El periodo de 12 meses comienza el primer día en que se recibe la terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia cubierta. La cobertura para quimioterapia e inmunoterapia se limitará a los fármacos. Los beneficios no cubiertos se definen en su certificado.

Terapia hormonal - Debe ser indicada por un médico. Este beneficio cubre solo fármacos y medicamentos. Este beneficio no cubre procesos administrativos relacionados, fármacos para evitar las náuseas, analgésicos, administración de fármacos para evitar las náuseas o analgésicos, u otros fármacos o medicamentos cubiertos según el beneficio de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia.

Tratamiento experimental - Debe ser indicado por un médico para tratamiento de cáncer al igual que cualquier otro tratamiento no experimental cubierto según la póliza y cláusulas adjuntas.

Mastectomía

Internación

Pagadero después de una mastectomía o disección de ganglio linfático para el tratamiento del cáncer de seno.

Cirugía

Pagadero cuando se realiza una mastectomía en una persona con cobertura por un cáncer diagnosticado cubierto y la cirugía se hace en el hospital. La cirugía reconstructiva en el seno no enfermo debe realizarse dentro de un plazo especificado a partir de la cirugía reconstructiva en el seno enfermo, según lo determine adecuado el médico de la persona con cobertura.

Prótesis

Pagadero para prótesis relacionada con mastectomía y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Pruebas de detección de cáncer de ovario o cervical

Debe incurrirse en un cargo para las pruebas de detección. Pagadero sin un diagnóstico de cáncer, pero no pagadero por ninguna otra prueba que no sea la detección de cáncer de ovario y cervical. Cada una de estas pruebas son pagaderas solo anualmente, y las segundas pruebas de detección de seguimiento después de un resultado anormal no están cubiertas según este beneficio.

Beneficio de prótesis y dispositivos ortopédicos y servicios relacionados

Los beneficios cubiertos 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 de la persona con cobertura. El beneficio de prótesis incluirá reparación o 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. Los insumos relacionados con la prótesis, tales como sostenes especiales o bolsas de ostomía e insumos no están cubiertos. Los beneficios por prótesis relacionados con una mastectomía solo serán pagaderos según el beneficio de prótesis por mastectomía. Los beneficios de prótesis capilares no están cubiertos según este beneficio.

Beneficio de primera ocurrencia de cáncer interno

El primer diagnóstico de cáncer interno debe ser mientras la póliza está en vigencia. El cáncer interno debe ser diagnosticado positivamente por un médico con licencia legal certificado por la American Board of Pathology (Junta Estadounidense de Patología) o la American Board of Osteopathic Pathology (Junta Estadounidense de Patología Osteopática). El diagnóstico debe ser según el examen microscópico de tejido fijo o preparaciones del sistema hematológico (ya sea durante la vida o posmortem). El cáncer interno no incluye otros problemas de salud que pueden considerarse precancerosos o que tienen potencial maligno según se define en su certificado. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios en ninguno de los siguientes casos: atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos; tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la persona con cobertura, independientemente del momento del diagnóstico de la enfermedad especificada, cáncer interno, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. La pérdida debe ser el resultado de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La póliza no cubre ninguna otra enfermedad, o discapacidad que existía antes del diagnóstico de cáncer, aunque después de contraer cáncer esta situación se haya complicado, agravado o visto afectada por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Con respecto al beneficio de primera ocurrencia o ataque cardíaco o accidente cerebrovascular solamente, no se brindará beneficio alguno por una pérdida que sea causada o que ocurra como resultado de: lesión corporal autoinfligida de manera intencional, suicidio o intento de suicidio, ya sea en estado de lucidez o demencia; alcoholismo o drogadicción; cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto relacionado con la guerra, o servicio activo en las fuerzas armadas, o servicio militar para cualquier país en guerra: (si la cobertura se suspende para cualquier persona con cobertura durante un período de servicio militar, reembolsaremos la parte proporcional de toda prima paga para tal persona cubierta después de recibir una solicitud por escrito del titular de la póliza); participación en cualquier actividad o evento mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un médico o tomado según las instrucciones del médico; o participación, o intento de participación, en un delito grave, disturbio o insurrección (un delito grave se define según la legislación de la jurisdicción en la que se realiza la actividad).

Con respecto al beneficio de primera ocurrencia para cáncer interno solamente, no se pagarán beneficios por: un diagnóstico de cáncer interno recibido fuera de los límites territoriales de Estados Unidos; o metástasis a un nuevo sitio de cualquier cáncer diagnosticado antes de la fecha de entrada en vigencia de la persona con cobertura, ya que esto no se considera un primer diagnóstico de cáncer interno.

Exclusión de un problema de salud preexistente

No se pagan beneficios por ninguna pérdida incurrida durante el período definido de exclusión de problemas de salud preexistentes que sigue a la fecha de vigencia del certificado para la persona con cobertura, que resulte de un problema de salud preexistente. Los problemas de salud preexistentes que se mencionan o describen de manera específica como excluidas en cualquier parte de la póliza nunca reciben cobertura.

Terminación del certificado

La cobertura del seguro conforme al certificado y cualquier cláusula anexa terminará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en que termine la póliza; la finalización del período de gracia si la prima permanece impaga; la fecha en que haya cesado el seguro para todas las personas cubiertas según el certificado; la finalización del mes del certificado en que el titular de la póliza solicite terminar la cobertura; la fecha en que usted ya no califique como asegurado; o la fecha de su muerte.

Terminación de la cobertura

La cobertura del seguro para una persona con cobertura según el certificado y cualquier cláusula anexa finalizará de la siguiente forma: la fecha en que termine la póliza; la fecha en que termine el certificado; la finalización del período de gracia si la prima permanece impaga; la finalización del mes del certificado en el que el titular de la póliza solicite terminar la cobertura para un dependiente elegible; la fecha en que una persona con cobertura ya no califique como asegurado o como dependiente elegible; o la fecha de la muerte de la persona cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier persona asegurada que presente una reclamación fraudulenta.

Cláusulas de beneficio

Todas las cláusulas son parte de la póliza/certificado al cual complementan y están sujetas a las disposiciones de la póliza/certificado que no estén en conflicto con aquellas de las cláusulas. Debe incurrirse en un cargo para que los beneficios sean pagaderos, excepto para la cláusula de beneficio de primera ocurrencia de cáncer interno y la cláusula de beneficio de primera ocurrencia de ataque cardíaco/accidente cerebrovascular, si son aplicables al plan. No se pagan beneficios por ninguna pérdida incurrida durante el período definido de exclusión de problemas de salud preexistentes que sigue a la fecha de vigencia de la cláusula para la persona con cobertura, que resulte de un problema de salud preexistente, excepto la cláusula de unidad de cuidados intensivos en el hospital, si es aplicable al plan.

Cláusula de beneficios de pruebas de detección de cáncer

Pruebas de diagnóstico - Debe ser una prueba para detectar problemas de salud que esté reconocida médicamente para detectar cáncer interno. No son pagaderas para ninguna prueba pagadera según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico.

Pruebas de diagnóstico de seguimiento - Se debe recibir un resultado anormal de una prueba para detección de problemas de salud cubierta para que sea pagadera una prueba de detección invasiva. Para una prueba invasiva que implique una incisión o cirugía, este beneficio solo se pagará para una prueba que resulte en un diagnóstico negativo de cáncer. Para una prueba invasiva que no requiere una incisión, este beneficio se pagará independientemente del diagnóstico.

Imágenes para diagnóstico médico - La tomografía computarizada (CT), tomografía axial computarizada (CAT), tomografía por emisión de positrones (PET) o resonancia magnética (MRI) deben ser solicitadas por un médico y realizadas debido a un diagnóstico de cáncer o tratamiento para el cáncer.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios por nada de lo siguiente: atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos; tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental, según se define en la póliza; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cláusula para la persona con cobertura.

Cláusula de beneficio quirúrgico

Los beneficios son solo pagaderos por una pérdida incurrida y por el tratamiento para un cáncer diagnosticado o cáncer de piel mientras tenía cobertura según la cláusula.

Operación quirúrgica - Debe ser realizada para un cáncer diagnosticado cubierto, cáncer de piel o para la cirugía reconstructiva debido a cáncer. Paga el monto menor del valor de la unidad quirúrgica asignado al procedimiento multiplicado por la unidad del monto en dólares o el máximo por monto de operación. 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. La cirugía reconstructiva en el seno no enfermo para establecer simetría con un seno enfermo debe realizarse dentro de los 24 meses de la cirugía reconstructiva en el seno enfermo. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico negativo de cáncer, las cirugías requeridas para implantar un dispositivo ortopédico permanente o las cirugías de trasplante de médula ósea o de células madre no están cubiertas por este beneficio.

Anestesia - Pagadero al 25% del monto del beneficio quirúrgico pagado. Los servicios del anestesiólogo deben ser para el resultado de una cirugía cubierta. Los servicios de un anestesiólogo para trasplantes de médula ósea o trasplantes de células madre, cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica no están cubiertos por este beneficio.

Trasplante de médula ósea y de células madre - Pagadero en lugar de los beneficios de cirugía y anestesia. Si se realiza un trasplante de médula ósea y un trasplante de células madre el mismo día, solo será pagadero el beneficio de trasplante de médula ósea.

Prótesis - Los dispositivos prostéticos implantados quirúrgicamente deben ser indicados por un médico como resultado directo de una cirugía por cáncer. Las extremidades artificiales se pagarán según la parte de implante quirúrgico de este beneficio. Los dispositivos prostéticos temporales utilizados como expansores de tejido están cubiertos por el beneficio quirúrgico. Los insumos relacionados con prótesis y las prótesis capilares no están cubiertos según este beneficio.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios por nada de lo siguiente: atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos; tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cláusula de la persona con cobertura, independientemente del momento en que se diagnosticó una enfermedad especificada.

Cláusula de beneficios de cuidado del paciente

Los beneficios son solo pagaderos por una pérdida incurrida y por el tratamiento para una enfermedad especificada diagnosticada mientras tenía cobertura según la cláusula.

Internación en el hospital - Debe estar internado en un hospital para el tratamiento de un cáncer cubierto o el tratamiento de un problema de salud o enfermedad directamente causada por el cáncer o el tratamiento para el cáncer. No cubre el tratamiento ambulatorio o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación.

Instalación para pacientes ambulatorios - Se debe cobrar la tarifa de la instalación y el procedimiento quirúrgico deberá realizarse como paciente ambulatorio en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos por este beneficio.

Médico responsable - Se debe requerir el servicio de un médico, que no sea un cirujano, mientras está internado en un hospital para el tratamiento del cáncer.

Enfermedad catastrófica - Debe estar internado en un hospital para el tratamiento de una enfermedad catastrófica, según se define en la póliza.

Instalación de cuidados extendidos - La internación en una instalación de cuidados extendidos debe ser por cáncer, según indicaciones de un médico y comenzar dentro de los 14 días posteriores a la internación en un hospital. Pagadero hasta por el mismo número de días en que se pagaron beneficios para la internación anterior en el hospital de la persona cubierta.

Donante - Se debe incurrir en gastos para el tratamiento del cáncer en nombre de una persona con cobertura por una cirugía debido a un trasplante de órgano, trasplante de médula ósea o trasplante de células madre. Este beneficio no cubre los gastos de donantes de sangre. El donante no debe ser la misma persona con cobertura para quien se realizan los gastos.

Atención de la salud en el hogar - La atención requerida por cáncer debe ser en lugar de internación en un hospital, indicada por un médico, brindada por un enfermero o por un ayudante de enfermería en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado y debe comenzar dentro de los 14 días posteriores a una internación en el hospital cubierta. Pagadero por el mismo número de días en que se pagaron beneficios para la internación anterior en el hospital de la persona cubierta. El cuidador no puede ser un miembro de su familia directa. La terapia física, del habla, ocupacional o de la audición o psicoterapia no están cubiertas bajo este beneficio. Si la persona cubierta califica para la cobertura según el beneficio de cuidado de hospital, se pagará el beneficio de cuidado de centros paliativos en lugar de este beneficio.

Cuidados paliativos - Debe ser diagnosticado por un médico como enfermo terminal, según se define en la póliza, y requerir cuidados paliativos debido al cáncer. La atención debe ser dirigida por una organización de cuidados paliativos con licencia en la casa del paciente o en una instalación de cuidados paliativos como paciente ambulatorio o paciente hospitalizado a corto plazo.

Hospital del gobierno de EE. UU. / Hospital de caridad / HMO - No debe estar disponible una lista desglosada de servicios debido a internación en un hospital de caridad, hospital de propiedad del gobierno de EE. UU. u operado por este o cobertura según una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization - HMO) o un Grupo relacionado de diagnóstico (Diagnostic Related Group - D.R.G.) donde no se hacen cargos a la persona con cobertura. Si se elige esta opción, este beneficio se pagará en lugar de todo monto pagadero según la cláusula, póliza de base, cláusula de prueba de detección de cáncer, cláusula de beneficio quirúrgico y cláusula de beneficios varios (excepto por los beneficios de transporte y alojamiento), si son aplicables al plan.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios por nada de lo siguiente: atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos; tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cláusula de la persona con cobertura, independientemente del momento en que se diagnosticó una enfermedad especificada. La cláusula paga solamente la pérdida por cáncer o enfermedad catastrófica que es resultado de un tratamiento definitivo contra el cáncer que incluye extensión directa, diseminación metastásica o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La cláusula también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer. La cláusula no cubre ninguna otra enfermedad, o discapacidad que existía antes del diagnóstico de cáncer, aunque después de contraer cáncer esta situación se haya complicado, 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.

Cláusula de beneficios varios

Los beneficios son solo pagaderos por una pérdida incurrida y por el tratamiento para un cáncer diagnosticado mientras tenía cobertura según la cláusula.

Evaluación o consulta en centro de tratamiento para el cáncer - La opinión sobre el tratamiento debe obtenerse en un instituto nacional para el cáncer designado como centro integral de tratamiento contra el cáncer. Si el centro integral de tratamiento contra el cáncer está ubicado a más de 50 millas del lugar de residencia de la persona con cobertura, también es pagadero un beneficio de viaje o alojamiento para evaluación o consulta. Este beneficio es pagadero en lugar del beneficio de transporte y alojamiento y del beneficio de transporte y alojamiento para familiar listado en la cláusula.

Segunda/tercera opinión quirúrgica - La cirugía debe ser recomendada por un médico a cargo de la atención como tratamiento para un cáncer diagnosticado. Debe obtenerse la segunda y/o tercera opinión quirúrgica de un médico consultor antes de la cirugía. Las opciones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas por este beneficio.

Fármacos y medicamentos - Los medicamentos contra las náuseas y analgésicos deben ser indicados por un médico y administrados mientras recibe terapia de radiación, quimioterapia, inmunoterapia, una cirugía cubierta, trasplante de médula ósea o trasplante de células madre debido a cáncer. Este beneficio no incluye cobertura para cargos administrativos asociados o fármacos o medicamentos cubiertos bajo los beneficios de terapia de radiación, quimioterapia, inmunoterapia o terapia hormonal.

Peluquín (peluca) - Debe ser necesario como resultado directo del cáncer o del tratamiento contra el cáncer.

Transporte y alojamiento - El viaje de una persona con cobertura al hospital que brinda terapia de radiación, quimioterapia, inmunoterapia, trasplante de médula ósea, trasplante de células madre o cirugía debido a cáncer debe ser en autobús, avión, tren o automóvil y dentro de los Estados Unidos o sus territorios. El hospital debe estar indicado por un médico y ser el hospital más cercano que ofrezca el tratamiento especializado y estar al menos a 50 millas desde la residencia de la persona con cobertura, usando la ruta más directa. Se debe suministrar prueba del valor del pasaje en autobús, avión o tren o se pagará el beneficio por milla. El viaje en automóvil será pagado a la tarifa declarada por milla por hasta 1,000 millas por viaje de ida y vuelta. Los beneficios se brindarán únicamente para un modo de transporte por viaje redondo. Si el tratamiento se recibe mientras la persona está internada en un hospital, los beneficios para el transporte se pagarán una vez por internación en un hospital. El alojamiento para la persona con cobertura debe ser en una habitación individual en un motel, hotel u otro alojamiento aceptable para APL. El beneficio solo será pagadero en los días en que la persona con cobertura recibe el tratamiento especializado como paciente ambulatorio.

Transporte y alojamiento para un familiar - El viaje debe ser para que un familiar adulto esté cerca de la persona que recibe el tratamiento en el hospital al menos a 50 millas de la residencia de la persona con cobertura, usando la ruta más directa. Si el familiar viaja en autobús, avión o tren, tendrá la opción de recibir los beneficios de tarifa de transporte o el beneficio por milla. Se debe suministrar prueba del valor del pasaje en autobús, avión o tren o se pagará el beneficio por milla. El viaje en automóvil será pagado a la tarifa declarada por milla por hasta 1,000 millas por viaje de ida y vuelta. Los beneficios se brindarán únicamente para un modo de transporte por viaje redondo. Si la persona cubierta recibe tratamiento mientras está internada en el hospital, los beneficios de viaje y/o alojamiento se pagarán una vez por internación en un hospital. Si el familiar y la persona cubierta que recibe tratamiento viajan en el mismo auto o se alojan en la misma habitación, los beneficios para viaje y alojamiento se pagarán solamente según el beneficio de transporte y alojamiento.

Sangre, plasma y plaquetas - Este beneficio no incluye la cobertura para ningún proceso de laboratorio o factores estimuladores de colonias.

Ambulancia - El transporte debe ser por una ambulancia aérea o por tierra con licencia hasta un hospital o desde una instalación médica hasta otra. La persona debe ser admitida como paciente hospitalizado e internado en el hospital durante al menos 18 horas consecutivas para el tratamiento contra el cáncer. Si se necesita transporte en ambulancia por aire y tierra para el mismo día, solo se pagará el monto de beneficio más alto.

Servicios de enfermería especiales para pacientes internados - Atención de enfermería especial de tiempo completo para el tratamiento contra el cáncer (distinto a la atención brindada generalmente en un hospital), debe ser suministrada por un enfermero e indicada por un médico. La atención debe ser al menos por ocho horas consecutivas durante un periodo de 24 horas.

Servicios de enfermería especiales para pacientes ambulatorios - Las tareas de enfermería privada de tiempo completo para paciente ambulatorio para el tratamiento contra el cáncer en el hogar de la persona con cobertura deben ser realizadas por un enfermero, indicadas por un médico y comenzar dentro de los 14 días después de una internación en un hospital para el tratamiento contra el cáncer. La atención debe ser al menos por ocho horas consecutivas durante un periodo de 24 horas. Pagadero hasta por el mismo número de días de la internación anterior en el hospital de la persona con cobertura. Si tanto los servicios de enfermería especiales para paciente internado como los servicios de enfermería especiales para paciente ambulatorio ocurren dentro del mismo periodo de 24 horas, solo se pagará el beneficio de servicios de enfermería especiales para paciente internado.

Equipo médico - El alquiler o la compra de equipo médico, según se lista en la cláusula, debe ser indicado por un médico para el tratamiento contra el cáncer. Este beneficio no será pagadero mientras la persona con cobertura esté internada en un hospital.

Terapia física, ocupacional, del habla, auditiva o psicoterapia - Debe ser recomendada por un médico como resultado del cáncer o de un tratamiento contra el cáncer y realizada por un cuidador con licencia. Si ocurren dos o más terapias el mismo día, solo se pagará un beneficio.

Exención de prima

Usted debe permanecer discapacitado por 60 días consecutivos debido al cáncer y la discapacidad debe ocurrir mientras esté recibiendo tratamiento para dicho cáncer. Se debe brindar prueba de discapacidad a APL. La prueba incluye, sin carácter limitativo, una declaración del médico con la fecha en que se diagnosticó el cáncer, la fecha en que comenzó la discapacidad debido al cáncer, la fecha esperada, si hubiera, en que terminará la discapacidad y la declaración del empleador con la última fecha de trabajo y la fecha esperada de regreso, si se supiera. La exención de la prima continuará mientras usted continúe discapacitado hasta lo que suceda primero: la fecha en que ya no esté discapacitado; la fecha en que termine la cobertura según las disposiciones de finalización en el certificado; o la fecha en que la cobertura finalice según las disposiciones de finalización en esta cláusula. Deberá suministrarse prueba de discapacidad para cada nuevo periodo de discapacidad.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios por nada de lo siguiente: atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos; tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cláusula de la persona con cobertura, independientemente del momento en que se diagnosticó una enfermedad especificada.

Cláusula de portabilidad

Usted podrá elegir la cobertura de portabilidad cuando la cobertura finalice según la póliza por motivos que no sean la falta de pago de la prima. Los requisitos para elección de portabilidad, elección de portabilidad de dependientes y terminación de portabilidad estarán definidos en la cláusula adjunta a su certificado. Cuando elija esta opción, APL le notificará el monto de la prima que deberá pagar, la frecuencia de los pagos de la prima y las fechas de vencimiento de la prima.

Cláusula de enmienda de continuidad de cobertura (Traspaso)

Usted y sus dependientes con cobertura podrían calificar para continuidad de cobertura, crédito por ciertas limitaciones cumplidas durante la cobertura grupal por cáncer anterior, una vez que se realice el traspaso de aseguradora. Las disposiciones para continuidad de cobertura serán definidas en la cláusula adjunta a su certificado. Es posible que APL le solicite prueba de cobertura para determinar si cada persona que debe ser asegurada es elegible para la continuidad de cobertura. La continuidad de la cobertura solamente se extiende a los beneficios brindados según la póliza de APL. La póliza de APL puede no incluir todos

los beneficios brindados según la cobertura grupal por cáncer anterior. La continuidad de la cobertura no incluye ninguna pérdida o gastos médicos incurridos antes de la fecha de vigencia de la persona con cobertura según el certificado de APL. La continuidad de la cobertura no está disponible para esas personas que no estaban inscritas según la cobertura grupal anterior. Usted debe cumplir con todos los requisitos de la póliza de APL. Continuidad de cobertura no significa una continuación de los beneficios brindados por la cobertura grupal anterior.

Terminación de la cobertura de la(s) cláusula(s) de beneficios

La(s) cláusula(s) terminará(n) y la cobertura finalizará para todas las personas cubiertas en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: la finalización del periodo de gracia si la prima para esta cláusula permanece impaga; la fecha de finalización de la póliza o el certificado al que está anexa esta cláusula; la finalización del mes del certificado en el que APL reciba una solicitud del titular de la póliza para terminar la cláusula; la fecha de su muerte; si es aplicable al plan, la fecha en que se haya pagado el monto de beneficio de suma total para la cláusula de beneficio por primera ocurrencia de cáncer interno para todas las personas con cobertura según la cláusula; y si es aplicable al plan, la fecha de muerte de la persona con cobertura o la fecha en que se haya pagado el monto de beneficio de suma total para la cláusula de beneficio por ataque cardíaco/accidente cerebrovascular para todas las personas con cobertura según la cláusula. La cobertura de un dependiente elegible finaliza según la cláusula cuando esta persona deja de cumplir con la definición de dependiente elegible.



Esta póliza por cáncer ofrece beneficios limitados.

Si la prima del seguro por cáncer se paga antes de impuestos, el beneficio podría ser imponible. Contacte a su asesor impositivo o legal para obtener información sobre el tratamiento impositivo de sus beneficios según la póliza.

Protegido por American Public Life Insurance Company. Esta es una descripción breve de la cobertura. Estos productos contienen limitaciones, exclusiones y periodos de espera. Para conocer los beneficios completos y otras disposiciones, consulte su póliza/certificado. Esta cobertura no es un reemplazo del seguro de compensación de los trabajadores. **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 o un patrón cuya intención es tener cobertura de ERISA, y se administra y cumplirá de conformidad con ERISA. Las pólizas grupales emitidas para entidades gubernamentales y municipios, pueden estar exentas de las directrices de ERISA. | Formulario de póliza serie GC7002APL Seguro grupal por cáncer por enfermedad específica de beneficios limitados | Texas | (08/24)