



HCC Medical Insurance Services, LLC
251 North Illinois Street, Suite 600, Indianapolis,
Indiana 46204 USA
teléfono: 317 262 2132 fax 317 262 2140
línea gratuita 800 605 2282
hccmis.com service@hccmis.com

Atlas Travel Descripción de la cobertura

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N. ° 131920-1. Para recibir una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con HCC Medical Insurance Services. Esta cobertura de seguro, ofrecida por HCC Medical Insurance Services, no cumple con los estándares mínimos requeridos por la ley de reforma de la atención médica. La póliza contiene los beneficios del plan que ha seleccionado, incluido un tope de por vida. Revise sus elecciones para asegurarse de que cuenta con una cobertura suficiente para satisfacer sus necesidades médicas.

ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS, FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO, FECHA DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO, PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

ELEGIBILIDAD

Atlas America – Únicamente los ciudadanos no estadounidenses de al menos 14 días de vida serán elegibles para recibir cobertura bajo este plan. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos de 70 a 79 años estarán sujetos a un tope general de \$50.000. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos mayores de 80 años estarán sujetos a un tope general de \$10.000.

Atlas Internacional. Únicamente los ciudadanos estadounidenses y los ciudadanos no estadounidenses cuyos viajes no incluyan los EE.UU. continentales, Alaska, Hawai, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses, excepto los ciudadanos estadounidenses cuyos viajes incluyan un viaje incidental a los EE.UU., y quienes tengan al menos 14 días de vida serán elegibles para recibir cobertura en virtud de este plan. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos de 70 a 79 años estarán sujetos a un tope general de \$50.000. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos mayores de 80 años estarán sujetos a un tope general de \$10.000.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO.

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

- en el momento en que los Evaluadores de riesgo reciban la solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por Internet o por fax; o
- a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. del día en que los Evaluadores de riesgo reciban la solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por correo; o
- en el momento en que el miembro abandone su país de residencia; o
- a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud, lo que ocurra después.

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO.

El seguro contraído en virtud del presente finalizará:

- a las 11:59 p. m. hora del Este de los EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima; o
- a las 11:59 p. m. hora del Este de los EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud; o
- en el momento de llegada, al regreso del miembro a su país de residencia (a menos que el miembro haya comenzado un periodo de beneficios o sea elegible para recibir la cobertura en el país de residencia o visitas).

PERIODO DE BENEFICIOS.

Mientras el certificado se encuentre vigente, el periodo de beneficios no será aplicable. Luego de la terminación del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán los gastos médicos elegibles, conforme se definen en el presente, por hasta 90 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta mientras el miembro se encuentre fuera de su país de residencia y mientras el certificado se encuentre vigente. El periodo de beneficios se aplicará únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la lesión o enfermedad que haya comenzado cuando el certificado se encontraba vigente.

COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA.

Período de beneficios. Si un miembro comienza un periodo de beneficios mientras el certificado se encuentra vigente, y el certificado finaliza debido a que el miembro regresa a su país de residencia, los Evaluadores de riesgo pagarán los

gastos médicos elegibles, conforme se definen en la presente, que hayan sido incurridos en el país de residencia del miembro durante el periodo de beneficios. La cobertura en el país de residencia se aplicará únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la lesión o enfermedad que haya comenzado cuando el certificado se encontraba vigente.

Cobertura incidental en el país de residencia. Para los ciudadanos estadounidenses, por cada periodo de tres meses durante el cual el miembro esté cubierto en virtud del presente, los gastos médicos incurridos en los EE. UU. estarán cubiertos por un máximo de 15 días para cualquier periodo de tres meses. Para los ciudadanos no estadounidenses, por cada periodo de tres meses durante el cual el miembro esté cubierto en virtud del presente, los gastos médicos incurridos en el país de residencia del miembro estarán cubiertos por un máximo de 30 días para cualquier periodo de tres meses. Cualquier beneficio acumulado durante un solo periodo de 3 meses no se acumulará para el periodo siguiente. Si el miembro no continúa su viaje internacional o si los miembros regresan a su país de residencia con el único propósito de recibir el tratamiento adecuado para una enfermedad o lesión que comenzó mientras estaban de viaje, de conformidad con los términos del presente contrato, se anulará toda cobertura en el país de residencia.

Sin perjuicio de lo antedicho, la cobertura en virtud de los planes finalizará en la fecha en la que los Evaluadores de riesgo, a su exclusivo criterio, decidan cancelar a todos los miembros del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica, siempre que los Evaluadores de riesgo envíen una notificación por correo al último domicilio conocido del miembro con una antelación mínima de 30 días.

PRIMA

El pago de la prima requerida deberá enviarse a los Evaluadores de riesgo antes de la fecha de entrada en vigencia del certificado del miembro, la fecha de continuación (si corresponde) o la fecha de renovación (si corresponde), inclusive. La prima se considerará paga en la fecha en la que el instrumento de pago sea recibido por los Evaluadores de riesgo, siempre que dicho instrumento provea fondos inmediatamente disponibles.

Las primas podrán reembolsarse luego de la fecha de entrada en vigencia del certificado sujeto a las siguientes disposiciones:

- a. Corresponderá una comisión por cancelación de \$25; y
- b. Se reembolsará únicamente la parte no utilizada del costo del plan; y
- c. Únicamente los miembros que no tengan reclamos serán elegibles para recibir el reembolso de la prima.

LISTADO DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Salvo disposición en contrario, todos los beneficios estarán sujetos a deducible, coseguro y son por periodo del certificado.

Beneficio	Límite
Deducibles	\$0, \$100, \$250, \$500, \$1.000 o \$2.500 por periodo del certificado.
Coseguro – Reclamos incurridos en EE. UU. o en Canadá	Para el periodo del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán el 80% de los siguientes \$5.000 por gastos elegibles después del deducible; luego, el 100% hasta el límite máximo general. Si los gastos se incurren dentro de la Organización Proveedora Preferida (PPO) y se envían a los Evaluadores de riesgo para su revisión y pago directamente al proveedor, se renunciará al coseguro.
Coseguro – Reclamos incurridos fuera de EE. UU. o Canadá	Para el periodo del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán el 100% de los gastos elegibles después del deducible hasta el límite máximo general.
Habitación y comida en el hospital	Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.
Ambulancia local	Cargos normales, razonables y usuales, cuando la enfermedad o lesión cubierta genere una internación como paciente hospitalizado.
Unidad de Cuidados Intensivos	Cargos normales, razonables y usuales

Copago de la Sala de Emergencias	Además del Coseguro, el Miembro deberá pagar un copago de \$200 por cada uso de la Sala de Emergencias debido a una Enfermedad, a menos que el Miembro sea admitido en el Hospital. No se deberá pagar ningún copago por el uso de la Sala de Emergencias para el tratamiento de una Lesión.
Unidad de Emergencias	En cada visita, el miembro será responsable de un copago de \$50, luego del cual se aplicará el coseguro. No está sujeto a deducible.
Indemnización por hospitalización	\$100 por día de internación como paciente hospitalizado (no sujeto a deducible o coseguro).
Fisioterapia	Máximo de \$50 por día.
Todos los demás gastos médicos elegibles	Cargos normales, razonables y usuales
Enfermedad preexistente de inicio agudo (únicamente disponible para Miembros menores de 70 años)	Máximo de por vida de \$100.000 para Gastos médicos elegibles para los Límites máximos generales de \$100.000, \$200.000, \$500.000 o \$1.000.000; de lo contrario \$50.000. Máximo de por vida de \$25.000 para la evacuación médica de emergencia. Únicamente disponible para miembros menores de 70 años.
Emergencia odontológica (dolor de inicio agudo)	Límite de \$250 por periodo del certificado (no sujeto a deducible o coseguro).
Evacuación médica de emergencia	Máximo de por vida de \$500.000, excepto de conformidad con una enfermedad preexistente de inicio agudo (no sujeto a deducible o coseguro).
Regreso de un menor	\$50.000 por periodo del certificado (no sujeto a deducible o coseguro).
Repatriación de restos	Límite máximo general (no sujeto a deducible o coseguro).
Entierro o cremación local	Máximo de por vida de \$5.000.
Reunión de emergencia	Límite de \$15.000 por periodo del certificado, sujeto a un máximo de 15 días (no sujeto a deducible o coseguro).
Desastre natural	Máximo de \$100 por día durante 5 días (no sujeto a deducible o coseguro).
Interrupción de viaje	Límite de \$5.000 por periodo del certificado (no sujeto a deducible o coseguro).
Equipaje verificado extraviado	Límite de \$250 por periodo del certificado (no sujeto a deducible o coseguro).
Evacuación política	Máximo de por vida de \$10.000 (no sujeto a deducible o coseguro).
Terrorismo	Límite máximo de por vida de \$50.000, únicamente para gastos médicos elegibles.
Muerte y desmembramiento accidental (no incluye la pérdida debido a un accidente en transporte público) Miembros mayores de 18 Miembros menores de 18	No sujeto a deducible o coseguro. Máximo de por vida: \$25.000 Muerte: \$25.000 Pérdida de 2 extremidades: \$25.000 Pérdida de 1 extremidad: \$12.500 Los beneficios se reducen un 50% a los 70 años y un 50% adicional a los 75. Máximo de por vida: \$5.000 Muerte: \$5.000 Pérdida de 2 extremidades: \$5.000 Pérdida de 1 extremidad: \$2.500 Beneficio máximo de \$250.000 para cada familia.

Muerte accidental en transporte público Miembros mayores de 18 Miembros menores de 18	No sujeto a deducible o coseguro. \$50.000 por miembro \$25.000 por miembro Sujeto a un máximo de \$250.000 por cada familia.
Penalidad de Pre-certificación del hospital	50% de los gastos médicos elegibles.
Máximo por lesión/enfermedad	80 años o más: \$10,000. De 70 a 79 años: \$50,000. Todos los demás: \$50.000, \$100.000, \$200.000, \$500.000 o \$1.000.000
Límite máximo general por periodo del certificado (incluye todos los beneficios excepto la muerte y desmembramiento accidental, evacuación médica de emergencia y muerte accidental en transporte público)	80 años o más: \$10,000. De 70 a 79 años: \$50,000. Todos los demás: \$50.000, \$100.000, \$200.000, \$500.000 o \$1.000.000

REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACIÓN

Los siguientes gastos siempre deberán ser pre-certificados:

- Cuidado de paciente hospitalizado
- Cualquier cirugía o procedimiento quirúrgico
- Cuidado en un centro de cuidados prolongados
- Cuidado de enfermería en el hogar
- Equipo médico duradero
- Extremidades artificiales
- Tomografía Computada (TC)
- Imágenes de Resonancia Magnética (RNM)

A fin de cumplir con los requisitos de pre-certificación, el miembro debe:

1. Comunicarse con el administrador del plan llamando al número de teléfono incluido en el certificado del miembro tan pronto como sea posible antes de incurrir en el gasto; y
2. Cumplir con las instrucciones del administrador del plan y presentar toda la información o documentación requerida; e
3. Informar a todos los médicos, hospitales y otros proveedores acerca de que este seguro contiene requisitos de pre-certificación, y pedirles que cooperen de forma total con el administrador del plan.

Si el miembro cumple con los requisitos de pre-certificación, y los gastos son pre-certificados, los Evaluadores de riesgo pagarán los gastos médicos elegibles sujeto a todos los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones incluidas en el presente. Si el miembro no cumple con los requisitos de pre-certificación o si los gastos no son pre-certificados:

1. Los gastos médicos elegibles se reducirán al 50%; y
2. El deducible se descontará del monto restante; y
3. Se aplicará el coseguro.

Pre-certificación de emergencia. En caso de una admisión hospitalaria de emergencia, la pre-certificación deberá realizarse dentro de las 48 horas siguientes a la admisión, o tan pronto como sea razonablemente posible.

La pre-certificación no garantiza los beneficios. El hecho de que los gastos estén pre-certificados no garantiza ni el pago ni el monto de los beneficios. La elegibilidad y el pago de los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones contenidas en el presente.

Revisión concurrente. Para cualquier tipo de internación como pacientes hospitalizados, el administrador del plan deberá pre-certificar una cantidad limitada de días de internación. Los días adicionales de internación como paciente hospitalizado podrán ser pre-certificados más adelante si un miembro recibe previa autorización.

REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS

Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza el derecho de los miembros a seleccionar el hospital, el médico u otro proveedor de servicios médicos que deseen. Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza la relación entre el miembro y el hospital, el médico u otros proveedores con respecto al tratamiento o cuidado de cualquier enfermedad, ni el derecho de cualquier miembro a recibir, a su cargo, servicios y/o suministros que no están cubiertos por este seguro.

A fin de cumplir con los requisitos de la Organización Proveedor Preferida de los Estados Unidos, el miembro debe recibir un tratamiento médico por parte de los proveedores de la PPO mientras se encuentre en los Estados Unidos. Si el miembro

opta por buscar un tratamiento por parte de un proveedor de la PPO, los Evaluadores de riesgo enviarán el pago por los gastos elegibles directamente al proveedor y renunciarán al coseguro aplicable a los gastos.

Los miembros pueden revisar un listado de hospitales, médicos y otros proveedores de servicios médicos incluidos en la red de PPO para el área donde el miembro recibirá el tratamiento, dirigiéndose al sitio Web de HCC Medical Insurance Services, LLC en: www.hccemis.com.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

El aviso del reclamo, la declaración y autorización del reclamante y la prueba del reclamo deben enviarse por correo a:
HCC Medical Insurance Services, LLC
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005

Prueba del reclamo. Cuando los Evaluadores de riesgo reciban el aviso acerca de un reclamo, le entregarán al miembro los formularios para presentar la prueba del reclamo. Una prueba de reclamo consiste en:

1. Un formulario de declaración y autorización del reclamante completo y firmado, junto con cualquier documento adjunto requerido; y
2. Facturas detalladas originales de los médicos, hospitales y otros proveedores médicos; y
3. Recibos originales por cualquier gasto que ya haya sido pagado por o en nombre del miembro.

El miembro tendrá 60 días a partir del último día del periodo del certificado para presentar la prueba del reclamo a los Evaluadores de riesgo. Luego del recibo de la prueba del reclamo, los Evaluadores de riesgo podrán, a su exclusivo criterio, solicitar y requerir información adicional necesaria para confirmar la validez de cualquier reclamo previamente al pago de dicho reclamo. Dicha información adicional incluye, entre otros, los registros médicos.

Cómo apelar un reclamo.

Límite de tiempo. Si el evaluador de riesgo niega la totalidad o una parte de un reclamo en virtud del presente, el miembro tendrá 90 días desde la fecha de envío del aviso de rechazo al último domicilio conocido del miembro para presentar una apelación escrita al evaluador de riesgo. La apelación escrita deberá incluir información suficiente como para identificar al reclamo que se está apelando y deberá especificar el(los) motivo(s) de la apelación con documentación de respaldo, si fuera necesario.

Procedimiento de apelación. Dentro de los 30 días siguientes al recibo de la apelación, los Evaluadores de riesgo revisarán el reclamo. El miembro recibirá una respuesta por escrito. Dentro de los 60 días siguientes al recibo de la respuesta a la apelación por parte de los Evaluadores de riesgo, el miembro podrá iniciar una segunda apelación. Dentro de los 30 días siguientes al recibo de la segunda apelación de los Evaluadores de riesgo, el reclamo será evaluado por personal médico y/o de reclamos que no haya participado en la determinación del reclamo inicial o de la apelación inicial. Se realizará una determinación final y se enviará una carta al miembro.

GASTOS ELEGIBLES

GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES

Sujeto al deducible, el coseguro y los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos incurridos mientras este seguro se encuentre vigente:

1. Cargos cobrados por un hospital en virtud de:
 - a. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios que no deben exceder la tarifa promedio de una habitación semi-privada; y
 - b. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios en la Unidad de Cuidados Intensivos; y
 - c. Uso de la sala de operaciones, tratamiento o recuperación; y
 - d. Servicios y suministros provistos de manera rutinaria por el hospital a las personas para su uso mientras se encuentran internadas como pacientes hospitalizados; y
 - e. Tratamiento de emergencia de una lesión, incluso si no se requiere internación en el hospital; y
 - f. Tratamiento de emergencias de una enfermedad, sujeto al copago de la sala de emergencias conforme se detalla en el listado de beneficios y límites. Se renuncia al copago de la sala de emergencias cuando el miembro es directamente admitido en el hospital como un paciente hospitalizado para continuar con el tratamiento de dicha enfermedad.
2. Por una cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los servicios y suministros.

3. Por cargos cobrados por un médico por sus servicios profesionales, incluida la cirugía. Los cargos de un cirujano asistente están cubiertos hasta el 20% de los cargos normales, razonables y usuales del cirujano principal, pero la disponibilidad en guardia no será considerada como un servicio profesional y por lo tanto no está cubierta en virtud del presente.
4. Por vendajes, suturas, yesos u otros suministros médicamente necesarios y administrados por o bajo la supervisión de un médico, excepto los nebulizadores, tubos de oxígeno, suministros para diabéticos y otros suministros para uso o aplicación en el hogar, y todos los dispositivos o suministros para uso repetido en el hogar, excepto el equipo médico durable definido en el presente.
5. Por pruebas de diagnóstico que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no incluye las pruebas psicométricas, de inteligencia, de comportamiento y educacionales).
6. Por extremidades, ojos o laringe artificiales, prótesis mamarias o extremidades artificiales funcionales básicas, pero no su reemplazo o reparación.
7. Por una cirugía reconstructiva cuando la cirugía esté directamente relacionada con la cirugía cubierta en virtud del presente.
8. Por hemodiálisis y los cargos cobrados por el hospital por el procesamiento y la administración de sangre o componentes de sangre pero no por el costo de la sangre o los componentes de sangre reales.
9. Por oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un médico.
10. Por anestesia y su administración por un médico.
11. Por drogas que requieren una receta por parte de un médico para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta, pero no para el reemplazo de drogas extraviadas, robadas, dañadas, vencidas o de cualquier otra forma en riesgo, y por un suministro máximo de 60 días por receta.
12. Por el cuidado en un centro de cuidados prolongados autorizado, luego del traslado directo de un hospital de cuidados agudos.
13. Por los cuidados de enfermería en el hogar en cama por un profesional licenciado calificado, provisto por una agencia de cuidados de salud en el hogar luego del traslado directo de un hospital de cuidados agudos y únicamente en reemplazo de una internación médicamente necesaria como paciente hospitalizado.
14. Por el transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una lesión o enfermedad que genere una internación.
15. Por el tratamiento odontológico de emergencia y la cirugía dental necesaria para restituir o reemplazar dientes naturales sanos, perdidos o dañados en un accidente cubierto por este seguro.
16. Por el tratamiento odontológico de emergencia necesario para resolver un dolor de inicio agudo, siempre que el tratamiento se reciba dentro de las 24 horas siguientes al dolor de inicio agudo.
17. Por el alquiler del equipo médico durable médicamente necesario (que consiste en la cama estándar básica del hospital y/o una silla de ruedas estándar básica) hasta los precios de compra.
18. Por fisioterapia si es recetada por un médico que no esté afiliado con la práctica de la fisioterapia, necesariamente incurrida para continuar la recuperación de una lesión o enfermedad cubierta.
19. La lesión o enfermedad resultante de la participación en deportes o actividades deportivas que no se encuentren excluidas por este seguro.

GASTOS ELEGIBLES. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos que surjan de una evacuación médica de emergencia:

- a. Transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el miembro recibirá el tratamiento; y
- b. Transporte terrestre de emergencia necesariamente previo al transporte aéreo de emergencia; y desde el aeropuerto de destino hasta el hospital donde el miembro recibirá tratamiento.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. Los Evaluadores de riesgo proveerán beneficios de evacuación médica de emergencia únicamente cuando la enfermedad o lesión que dé lugar a la evacuación médica de emergencia esté cubierta por este seguro; y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán beneficios de evacuación médica de emergencia únicamente cuando se cumplan todas estas condiciones:
 - i. Los tratamientos, servicios y suministros médicamente necesarios no pueden proveerse de forma local.
 - ii. El transporte por cualquier otro método tendría como resultado la muerte o la pérdida de una de las extremidades del miembro.

- iii. Fueron recomendados por el médico tratante que certifica lo antes mencionado.
 - iv. Fueron aceptados por el miembro o un familiar del miembro.
 - v. Fueron aprobados con anticipación y coordinados por los Evaluadores de riesgo.
 - vi. La condición de salud que dio lugar a la evacuación médica de emergencia debe haber ocurrido de forma espontánea y sin advertencia previa, ya sea mediante una recomendación del médico o síntomas que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio de la emergencia.
- d. Los Evaluadores de riesgo proveerán evacuación médica de emergencia únicamente en el hospital más cercano que esté calificado para proveer el tratamiento, los servicios y los suministros médicamente necesarios para evitar que el miembro pierda su vida o una extremidad.
 - e. Los Evaluadores de riesgo emplearán sus mejores esfuerzos por organizar cualquier evacuación médica de emergencia en el menor tiempo posible. El miembro entiende que la puntualidad de la evacuación médica de emergencia puede verse afectada por circunstancias fuera del control de los Evaluadores de riesgo tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. El miembro acuerda mantener indemnes a los Evaluadores de riesgo, y los Evaluadores de riesgo no serán responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo su control directo e inmediato.

Sin perjuicio de las disposiciones contenidas en los puntos c. i.-iii. y d., y únicamente para los miembros que visiten los EE. UU., los Evaluadores de riesgo pagarán los gastos ocasionados por el regreso del miembro a su país de residencia si el Médico tratante y el asesor médico de los Evaluadores de riesgo acuerdan que el traslado al país de residencia es más adecuado que el traslado al Hospital calificado más cercano.

GASTOS ELEGIBLES. REGRESO DE UN MENOR.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos:

Si el miembro es la única persona mayor de 18 años que viaja con uno o más menores de 18 que también están cubiertos por el presente seguro, y el miembro es internado para recibir el tratamiento por una enfermedad o lesión cubierta, y el menor queda desatendido por un periodo de tiempo que probablemente excederá las 36 horas, los Evaluadores de riesgo pagarán:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre en clase económica de ida por cada menor cubierto hasta la terminal del área de la residencia principal de cada menor.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro hospitalizado mayor de 18 años debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El beneficio del regreso de un menor debe ser aceptado por el miembro mayor de 18 años y/o por un adulto autorizado que sea un familiar del niño menor cubierto afectado; y
- c. El beneficio del regreso de un menor debe ser aprobado con anticipación y coordinado por el Evaluador de riesgo; y
- d. Los Evaluadores de riesgo emplearán los mejores esfuerzos por organizar cualquier regreso de un menor en el menor tiempo posible. El miembro entiende que la puntualidad del regreso de un menor puede verse afectada por circunstancias fuera del control de los Evaluadores de riesgo tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. El miembro acuerda mantener indemnes a los Evaluadores de riesgo, y los Evaluadores de riesgo no serán responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo su control directo e inmediato.

GASTOS ELEGIBLES. REPRATRIACIÓN DE RESTOS.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos de repatriación de restos que surjan del fallecimiento de un miembro:

1. Transporte aéreo o terrestre de los restos o las cenizas al aeropuerto o terminal de transporte terrestre más cercano a la residencia principal del miembro fallecido; y
2. Los costos razonables por la preparación necesaria de los restos para el transporte.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. La repatriación de restos debe ser aprobada con anticipación y coordinada por los Evaluadores de riesgo; y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de repatriación de restos únicamente cuando el fallecimiento del miembro ocurra como resultado de una lesión o enfermedad cubierta en virtud de este seguro; y
- d. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de repatriación de restos únicamente cuando el fallecimiento del miembro ocurra mientras este seguro se encuentre vigente; y
- e. Los Evaluadores de riesgo emplearán los mejores esfuerzos por organizar cualquier repatriación de restos en el menor tiempo posible. El miembro entiende que la puntualidad de la repatriación de restos puede verse afectada por circunstancias fuera del control de los Evaluadores de riesgo tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. El miembro y sus herederos acuerdan mantener indemnes a los Evaluadores de riesgo, y los Evaluadores de riesgo no serán responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo su control directo e inmediato. Asimismo, los Evaluadores de riesgo se mantendrán indemnes y no serán responsables por el extravío de los restos, o cualquier otro daño o impedimento relativo a los mismos que ocurra durante el proceso de repatriación o de cualquier otro modo.

GASTOS ELEGIBLES. ENTIERRO O CREMACIÓN LOCAL.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos de repatriación de restos que surjan del fallecimiento de un miembro:

Los Evaluadores de riesgo pagarán los costos relacionados con el entierro o la cremación del miembro en el país de fallecimiento en reemplazo del beneficio de repatriación de restos hasta el beneficio máximo especificado.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El entierro o la cremación local deben aprobarse con anticipación y ser coordinados por los Evaluadores de riesgo; y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de entierro o cremación local únicamente cuando el fallecimiento del miembro ocurra como resultado de una lesión o enfermedad cubierta en virtud de este seguro; y
- d. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de entierro o cremación local únicamente cuando el fallecimiento del miembro ocurra mientras este seguro se encuentre vigente; y
- e. Los Evaluadores de riesgo emplearán los mejores esfuerzos por organizar cualquier entierro o cremación local en el menor tiempo posible. El miembro entiende que la puntualidad de la repatriación puede verse afectada por circunstancias fuera del control de los Evaluadores de riesgo tales como, entre otras, disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. El miembro y sus herederos acuerdan mantener indemnes a los Evaluadores de riesgo, y los Evaluadores de riesgo no serán responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo su control directo e inmediato. Asimismo, los Evaluadores de riesgo se mantendrán indemnes y no serán responsables por el extravío de los restos, o cualquier otro daño o impedimento relativo a los mismos que ocurra durante el proceso de repatriación o de cualquier otro modo.
- f. El entierro o la cremación local no podrán ser utilizados en conjunto con el beneficio de evacuación de emergencia o repatriación de restos y no incluye la cobertura por fallecimiento en el país de residencia del miembro.

REUNIÓN DE EMERGENCIA. GASTOS ELEGIBLES.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos por la reunión de emergencia, luego de una evacuación médica de emergencia en virtud de este seguro:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida y vuelta en clase económica para un familiar del miembro para el transporte hasta la terminal del área donde el miembro se encuentre internado o donde será internado luego de una evacuación médica de emergencia; y
2. Los gastos razonables por el alojamiento y las comidas del familiar, incurridos en el área donde el miembro esté internado por un periodo no mayor a los 15 días.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. La reunión de emergencia debe ser aprobada con anticipación y coordinada por los Evaluadores de riesgo; y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de reunión de emergencia únicamente luego de la evacuación médica de emergencia de un miembro cubierto en virtud del presente.

GASTOS ELEGIBLES. DESASTRE NATURAL.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos por un desastre natural:

1. Alojamientos sustitutos en caso de que un miembro sea desplazado del alojamiento planeado y pagado debido a una evacuación a causa de un desastre previsto o luego de una catástrofe.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. Los Evaluadores de riesgo proveerán los beneficios de desastre natural únicamente luego del recibo de un comprobante de pago del alojamiento del cual el miembro fue desplazado.

GASTOS ELEGIBLES. EVACUACIÓN POLÍTICA.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes beneficios por evacuación política en los casos en que el gobierno de EE. UU. emita una advertencia de viaje después de la llegada del miembro al país de destino:

1. El costo del transporte por el medio más económico posible para el miembro al país seguro más cercano o al país de residencia del miembro, siempre que el miembro se comunique con los Evaluadores de riesgo dentro de los 10 días siguientes a la fecha de emisión de la advertencia y sujeto a las siguientes condiciones y restricciones:
 - a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
 - b. Cuando el gobierno de los Estados Unidos emita una advertencia de viaje para dicho país, el miembro ya debe haber llegado al país de destino; y
 - c. Los Evaluadores de riesgo deberán determinar el país al que el miembro será evacuado; y
 - d. Los beneficios de evacuación política deben ser aprobados con anticipación y coordinados por los Evaluadores de riesgo; y
 - e. Los Evaluadores de riesgo emplearán sus mejores esfuerzos por organizar cualquier evacuación política en el menor tiempo posible. El miembro entiende que la puntualidad de la evacuación puede verse afectada por circunstancias fuera del control de los Evaluadores de riesgo tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. El miembro y sus herederos acuerdan mantener indemnes a los Evaluadores de riesgo, y los Evaluadores de riesgo no serán responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo su control directo e inmediato.

GASTOS ELEGIBLES. INTERRUPCIÓN DE VIAJE.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes beneficios de interrupción de viaje:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para el miembro hasta la terminal de la residencia principal del miembro, sujeto a las siguientes condiciones y restricciones:
 - a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
 - b. Los beneficios de interrupción de viaje deben ser aprobados con anticipación y coordinados por los Evaluadores de riesgo; y
 - c. Los Evaluadores de riesgo proveerán beneficios de interrupción de viaje únicamente luego de la recepción de un comprobante acerca de uno o más de los siguientes eventos: Luego de la partida del país de residencia, destrucción mayor al 40% de la residencia principal del miembro causada por fuego o condiciones climáticas, o el fallecimiento de un padre, cónyuge, hermano o hijo.
2. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para el miembro desde el área donde el miembro fue internado luego de una evacuación médica de emergencia hasta el área de la cual el miembro fue inicialmente evacuado o hasta la terminal del área de la residencia principal del miembro, sujeto a las siguientes condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. Los beneficios de interrupción de viaje deben ser aprobados con anticipación y coordinados por los Evaluadores de riesgo; y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán beneficios de interrupción de viaje únicamente luego de una evacuación médica de emergencia cubierta cuando el médico tratante afirme que el regreso del miembro a su país de residencia o al área desde la cual fue inicialmente evacuado es médicamente necesario para la continuación del tratamiento o la recuperación.

GASTOS ELEGIBLES. EQUIPAJE VERIFICADO EXTRAVIADO.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos por el equipaje verificado extraviado:

1. Reemplazo de ropa y artículos de higiene personal, que no deben exceder los \$50 por artículo.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El equipaje verificado extraviado debe haber sido verificado, de conformidad con los procedimientos de verificación de equipaje de rutina, para su transporte con el miembro, a bordo de una aerolínea o crucero comercial programado, en el que el miembro era un pasajero con boleto pago; y
- c. El miembro debe presentar un reclamo formal por el equipaje extraviado ante el proveedor de transporte, y seguir todas las instrucciones y adoptar todas las medidas conforme lo disponga el proveedor de transporte para ubicar y recuperar el equipaje verificado extraviado; y
- d. El miembro debe entregar a los Evaluadores de riesgo copias de toda la documentación del reclamo presentado ante el proveedor de transporte, y una declaración escrita del proveedor de transporte que confirme que el equipaje había sido verificado y que luego de una búsqueda minuciosa, el equipaje continúa perdido; y
- e. El equipaje verificado extraviado debe estar perdido por al menos 10 días a la fecha de pago por parte de los Evaluadores de riesgo.

GASTOS ELEGIBLES. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes beneficios por muerte y desmembramiento accidental:

1. Muerte accidental. Los Evaluadores de riesgo pagarán al beneficiario el monto total de \$25.000 para los miembros mayores de 18, o el monto total de \$5.000 para los miembros menores de 18. El monto total se reducirá un 50% (a \$12.500) para los miembros que tengan de 70 a 74 años al momento de la muerte accidental, y un 50% adicional (a \$6.250) para los miembros mayores de 75 años al momento de la muerte accidental.
2. Desmembramiento accidental:
 - a. Pérdida de 2 o más extremidades o los ojos. Los Evaluadores de riesgo pagarán al miembro el monto total conforme se indica en el inciso 1 de este artículo.
 - b. Pérdida de 1 extremidad u ojo: Los Evaluadores de riesgo pagarán al miembro la mitad del monto total conforme se indica en el inciso 1 de este artículo.
 - c. El(los) monto(s) total(es) se reducirá(n) un 50% (a \$12.500) para los miembros que tengan de 70 a 74 años al momento del desmembramiento accidental, y un 50% adicional (a \$6.250) para los miembros mayores de 75 años al momento del desmembramiento accidental.
 - d. El accidente que provoca la muerte o el desmembramiento accidental debe deberse únicamente a la Lesión accidental y ninguna Enfermedad debe haber contribuido; y

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El accidente que provoca la muerte o el desmembramiento accidental debe estar cubierto por este seguro; y
- c. El accidente que provoca la muerte accidental no debe ser un accidente en transporte público; y
- d. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y ninguna Enfermedad debe haber contribuido.
- e. El pago de los Evaluadores de riesgo en virtud de este beneficio no podrá ser mayor al monto total.

GASTOS ELEGIBLES. BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO.

Sujeto al límite establecido en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes beneficios por muerte accidental en transporte público:

1. Los Evaluadores de riesgo pagarán al beneficiario el monto total de \$50.000 por los miembros mayores de 18 años, o el monto total de \$25.000 por los miembros menores de 18 años.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El accidente que provoca la muerte accidental debe ocurrir mientras el miembro sea un pasajero con boleto pago en un viaje regularmente programado a bordo de una aerolínea o compañía de cruceros comercial; y
- c. El beneficio máximo es de \$250.000 para cada familia o grupo.
- d. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y ninguna Enfermedad debe haber contribuido.

GASTOS ELEGIBLES. INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN.

Sujeto a los límites establecidos en el listado de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, los Evaluadores de riesgo pagarán los siguientes gastos de indemnización por hospitalización:

1. \$100 por cada noche que el miembro pase en el hospital.

Condiciones y restricciones:

- a. El miembro debe estar al día en el cumplimiento de todas las condiciones y disposiciones del seguro; y
- b. El miembro debe ser internado como un paciente hospitalizado para recibir el tratamiento por una lesión o enfermedad cubierta por este seguro, y
- c. Los Evaluadores de riesgo proveerán beneficios de indemnización por hospitalización únicamente luego de la recepción de la verificación de una internación elegible como paciente hospitalizado.

EXCLUSIÓN POR GUERRA, TERRORISMO, AGENTES BIOLÓGICOS, QUÍMICOS O NUCLEARES.

No obstante cualquier disposición en contrario incluida en este seguro o en cualquier anexo adjunto al presente, por el presente se acuerda que este seguro no incluye la pérdida, el daño, el costo o gasto de cualquier naturaleza que, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya de forma concurrente o en cualquier otra secuencia con la pérdida, daño, costo o gasto, sea directa o indirectamente causado, originado o esté relacionado con cualquiera de los siguientes:

1. guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones similares a la guerra (ya sea que la guerra se declare o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de una rebelión, poder militar o usurpado; y
2. el uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, radioactiva o nuclear; sin embargo, esta exclusión no será aplicable en los casos en que el miembro esté expuesto a un radioactivo nuclear y/o un material radioactivo a los fines de un tratamiento médico; y
3. cualquier acto de terrorismo, excepto:

los Evaluadores de riesgo pagarán los gastos médicos elegibles por el tratamiento de lesiones y enfermedades que resulten de un acto de terrorismo, hasta el límite establecido en el listado de beneficios y límites, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- a. La lesión o enfermedad no debe ser el resultado del uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, radioactiva o nuclear; y
- b. El miembro no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo; y
- c. El acto de terrorismo no debe tener lugar en un país o ubicación respecto de los cuales el gobierno de los Estados Unidos haya emitido una advertencia de viaje que haya estado vigente durante los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de llegada del miembro; y
- d. El miembro no debe haber incumplido irrazonablemente ni debe haberse negado a abandonar un país o ubicación luego de la fecha en la que el gobierno de los Estados Unidos emita una advertencia para abandonar el país o la ubicación.

A los fines de este seguro, un “acto de terrorismo” significa cualquier acto, que incluye el uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de uso de fuerza o violencia, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen de forma individual o en nombre de o en conexión con cualquier organización o gobierno comprometido con fines políticos, religiosos, ideológicos o fines similares, que incluyen la intención de influenciar cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o a cualquier parte del público.

Este seguro tampoco incluye la cobertura por pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado, o que resulte o se relacione con cualquier acción adoptada para controlar, prevenir, suprimir o relacionarse de cualquier forma con los anteriores incisos (1), (2) o (3).

Si los Evaluadores de riesgo alegan que debido a esta exclusión alguna pérdida, daño, costo o gasto no está cubierto por este seguro, el miembro deberá demostrar lo contrario si no está de acuerdo.

En caso de que cualquier parte de esta exclusión sea considerada inválida o inexigible, el resto permanecerá de plena validez.

OTRAS EXCLUSIONES

Los cargos por los siguientes tratamientos y/o servicios y/o suministros y/o condiciones no están incluidos en la cobertura en virtud del presente:

1. Cuidado prenatal de rutina, embarazo, nacimiento y cuidado postnatal.
2. Falso trabajo de parto, edema, trabajo de parto prolongado, descanso prescrito durante el periodo de embarazo, náuseas matutinas y condiciones de similar gravedad asociadas con la gestión de un embarazo difícil, y que no constituyan una complicación del embarazo médicamente definida, conforme se define en el presente, y todos los cargos relacionados con el embarazo luego de la semana 26 del embarazo.
3. Los cargos incurridos por cualquier niño menor de 14 días.
4. Diagnóstico o tratamiento relacionado con defectos de nacimiento y enfermedades congénitas. Se considera que los defectos de nacimiento incluyen las condiciones hereditarias.
5. Cargos por el diagnóstico o tratamiento de trastornos de salud mental, conforme se define en el presente.
6. Cargos no incurridos, conforme se define en el presente, por un miembro durante su periodo del certificado.
7. Cargos por el tratamiento de cualquier condición cuando el objetivo de la partida del país de residencia haya sido recibir tratamiento en el país/los países de destino.
8. Cargos por cualquier beneficio en virtud del presente que no sean presentados a los Evaluadores de riesgo para su pago dentro de los 60 días a partir del último día del periodo del certificado.
9. Tratamiento, servicios o suministros no administrados por o bajo la supervisión de un médico, y productos que puedan adquirirse sin la receta de un médico.
10. Tratamiento, servicios o suministros que no sean médicamente necesarios conforme se define en el presente.
11. Tratamiento, servicios o suministros provistos sin costo alguno al miembro.
12. Cargos que excedan los cargos normales, razonables y usuales, conforme se define en el presente.
13. Consultas telefónicas o inasistencia a una visita programada.
14. Las cirugías, tratamientos, servicios o suministros con fines de Investigación o experimentación.
15. Todos los cargos incurridos mientras el miembro se encuentre internado principalmente para recibir asistencia de custodia, cuidados educacionales o de rehabilitación, o cualquier tratamiento médico en cualquier establecimiento para el cuidado de los ancianos.
16. Procedimientos de cambio de peso o tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluidos, entre otros, el alambrado de la mandíbula y todas las formas de cirugía de bypass gástrico.
17. Procedimientos de modificación del cuerpo con la intención de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional del miembro, que incluyen, entre otros, la cirugía de cambio de sexo.
18. Cirugías, tratamientos, servicios o suministros con fines cosméticos o estéticos, excepto para la cirugía reconstructiva cuando dicha cirugía esté directamente relacionada, y suceda a una cirugía cubierta por el presente.
19. Diagnóstico o tratamiento de VIH+, SIDA o ARC, y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
20. Cualquier fármaco, tratamiento o procedimiento que promueva o prevenga la concepción, que incluyen, entre otros: inseminación artificial, tratamiento para la infertilidad o impotencia, esterilización o reversión de la esterilización.
21. Cualquier fármaco, tratamiento o procedimiento que promueva, mejore o corrija la impotencia o la disfunción sexual.
22. Abortos, excepto en conexión con las complicaciones del embarazo cubiertas.
23. Tratamiento odontológico, excepto el tratamiento odontológico de emergencia necesario para reemplazar dientes naturales sanos, perdidos o dañados en un accidente cubierto en virtud del presente o para el alivio de emergencia de un dolor de inicio agudo.
24. Dispositivos correctivos y aparatos médicos, que incluye anteojos, lentes de contacto, audífonos, implantes de cabello, refracción ocular, terapia visual, y cualquier examen o prueba relacionada con estos dispositivos, dentaduras postizas, prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, y todos los exámenes y pruebas de visión y audición.
25. Cirugía de ojos, tal como la queratotomía radial, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.

26. Diagnóstico o tratamiento de la articulación temporomandibular.
27. Lesión resultante de la participación en deportes entre colegios o universidades, Deportes profesionales que incluyen la práctica de alpinismo en elevaciones de 4.500 metros o más; aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial); caída libre; ski surf; vehículos motorizados que incluyen los vehículos todo terreno, motos de nieve y ciclomotores todo terreno, (excepto motos acuáticas), esquí o snowboard, excepto esquí o snowboard recreacional de descenso y/o de fondo (no se provee cobertura cuando se esquíe fuera de los límites marcados de los territorios y/o contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local); carreras con cualquier animal o vehículo motorizado; espeleología, búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que estén certificadas por PADI/NAUI, o acompañadas por un instructor certificado a profundidades menores de los 10 metros; entrenamiento para avalanchas; fútbol australiano; cacería mayor; bobsleigh, skeleton, luge, cualquier tipo de boxeo o artes marciales, pilotear globos aerostáticos; participar en justas; pentatlón moderno; levantamiento de potencia; eventos de resistencia en cuatriciclos al aire libre, pruebas de velocidad; circuito de carreras; lucha.
28. La lesión ocurrida bajo la influencia, o total o parcialmente debido a los efectos de bebidas alcohólicas o drogas intoxicantes, salvo los fármacos administrados de conformidad con un tratamiento prescrito y dirigido por un médico pero no para el tratamiento de un abuso de sustancias.
29. Los costos que resulten de una lesión autoinfligida o una enfermedad y/o suicidio o intento de suicidio, ya sea que el individuo esté sano o demente.
30. Diagnóstico o tratamiento de una enfermedad venérea, que incluye las condiciones y enfermedades por transmisión sexual.
31. Exámenes médicos de rutina, que incluyen, entre otros, vacunas, inmunizaciones, chequeos anuales, la emisión de certificados y testimonios médicos, y exámenes con relación a la aptitud para un empleo o viaje.
32. Tratamiento por parte de un quiropráctico.
33. Cargos que resulten u ocurran durante la comisión de una violación de la ley por parte del miembro, que incluyen, entre otros, la participación en una actividad u acto ilegal, pero que no incluyen las infracciones menores de tránsito.
34. Diagnóstico o tratamiento médico para el abuso de sustancias o la adicción o condiciones que puedan atribuirse al abuso de sustancias o adicciones y sus consecuencias directas.
35. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia, cuidado holístico de cualquier naturaleza, masajes y kinesiología.
36. Cualquier servicio, suministro o tratamiento realizado o provisto por un familiar del miembro o cualquier pariente del miembro o cualquier otra persona que normalmente vive con el miembro.
37. Ortóptica y terapia visual para ojos.
38. Servicios, suministros o tratamientos no incluidos como gastos elegibles, conforme se describe en el presente.
39. Diagnóstico, tratamiento o suministros para los pies: calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos recetados que deben adjuntarse o colocarse en el calzado, tratamiento para los pies débiles, cansados, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, y tratamiento de callos, callosidades o uñas del pie.
40. Pruebas o procedimientos de diagnóstico, servicios, suministros o tratamientos para la pérdida del cabello, que incluye pelucas, trasplantes de cabello o cualquier fármaco que prometa el crecimiento del cabello, ya sea que esté o no recetado por un médico.
41. Enfermedades preexistentes: Los cargos que resulten directa o indirectamente de cualquier enfermedad preexistente, conforme se definen en el presente, no están incluidos en este seguro, excepto los cargos que sean el resultado directo de una enfermedad preexistente de inicio agudo, conforme se define en el presente, están cubiertos para todos los miembros sujeto a los límites que se establecen en el listado de beneficios y límites;
42. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un médico.
43. Tratamiento requerido como resultado de complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
44. Los cargos por viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación política o médica de emergencia, repatriación de restos, regreso de un menor, reunión de emergencia, desastre natural e interrupción de viaje incluidas en este seguro.
45. Diagnóstico o tratamiento incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear no médica y/o a materiales radioactivos.
46. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.
47. Diagnóstico o tratamiento para el acné, otros tipos de acné, lunares, verrugas blandas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad no específica de las glándulas sebáceas, enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
48. Diagnóstico o tratamiento de todas las formas de cáncer / neoplasma.
49. Todos los gastos de cualquier crioconservación e implante o reimplante de células vivas.
50. Todos los costos de la evacuación médica de emergencia, repatriación de restos, o entierro o cremación local no aprobados ni acordados con anticipación por los Evaluadores de riesgo.

51. La cobertura para el entierro o la cremación local no está incluida si el fallecimiento ocurre en el país de residencia del miembro.
52. Condiciones médicas mientras se encuentre cumpliendo con su deber como miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
53. Los reclamos pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica, no están incluidos en la cobertura.
54. El beneficio de Muerte y Desmembramiento accidental quedará excluido con respecto a accidentes que ocurran cuando el miembro esté participando en uno de los siguientes:
 - a. Deporte amateur, deportes de contacto, actividades deportivas o atléticas entre colegios, entre universidades, dentro de la universidad y clubes, y deportes profesionales. Las actividades deportivas o atléticas amateur sin contacto y no organizadas/aprobadas en las que el miembro participe únicamente con fines de placer, recreativos, diversión o aptitud física están incluidas a menos que estén excluidas por los puntos (b) a (u) de esta cláusula; y
 - b. aviación (salvo cuando se viaja únicamente como pasajero en un avión comercial);
 - c. caída libre;
 - d. ski surf;
 - e. vehículos motorizados que incluyen los vehículos todo terreno, motos de nieve y ciclomotores todo terreno (excepto motos acuáticas),
 - f. esquí o snowboard, excepto esquí o snowboard recreacional de descenso y/o de fondo (no se provee cobertura cuando se esquíe fuera de los límites marcados de los territorios y/o contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local);
 - g. carreras de cualquier animal o vehículo motorizado;
 - h. espeleología;
 - i. búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos de poseer la certificación PADI/NAUI o estar acompañado por un instructor certificado y a profundidades menores de 10 metros;
 - j. entrenamiento para avalanchas;
 - k. fútbol australiano;
 - l. cacerías mayores;
 - m. bobsleigh, skeleton o luge;
 - n. cualquier tipo de boxeo o artes marciales;
 - o. pilotear un globo aerostático;
 - p. participar en justas;
 - q. pentatlón moderno;
 - r. levantamiento de potencia;
 - s. eventos de resistencia en cuatriciclos al aire libre;
 - t. pruebas de velocidad; circuitos de carreras;
 - u. lucha.
55. Tratamiento de apnea del sueño u otros trastornos del sueño.

DEFINICIONES

Accidente: Un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce una lesión física al miembro. La causa o una de las causas de dicho accidente es externa al propio cuerpo de la víctima y ocurre fuera del control de la víctima.

Muerte accidental: Un evento súbito, no intencional e inesperado causado únicamente por un medio externo y visible y que produce una lesión física al miembro y posteriormente el fallecimiento del miembro. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y ninguna Enfermedad debe haber contribuido.

Desmembramiento accidental: Un evento súbito, no intencional e inesperado causado únicamente por un medio externo y visible y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos, y ninguna enfermedad debe haber contribuido. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental provisto por el seguro, el término "extremidad" significa: El brazo, cuando la separación sea en o arriba de (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o arriba (hacia la rodilla) del tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: La pérdida de la visión completa, permanente e irreversible.

Enfermedad preexistente de inicio agudo: El término "Enfermedad preexistente de inicio agudo" hará referencia a un brote o la recurrencia súbita e inesperada de una enfermedad preexistente, que ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, ya sea a través de una recomendación del médico o síntomas, tiene una duración corta, avanza rápidamente y

requiere atención de urgencia. El inicio agudo de una enfermedad preexistente debe ocurrir después de la fecha de entrada en vigencia de la póliza. El tratamiento debe obtenerse dentro de las 24 horas siguientes al brote o la recurrencia súbita e inesperada. Una enfermedad preexistente que sea una enfermedad crónica o congénita o que empeore gradualmente con el tiempo no se considerará de inicio agudo. Este beneficio no incluye cobertura para atención médica, fármacos o tratamientos conocidos, programados, requeridos o esperados, que sean existentes o necesarios antes de la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Dolor de inicio agudo (emergencia odontológica): Un evento súbito e inesperado de dolor que ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, ya sea a través de una recomendación del médico o dentista o mediante síntomas, que incluyen el dolor, que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio del dolor. El tratamiento debe obtenerse dentro de las 24 horas siguientes al inicio súbito e inesperado de dolor.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conforme el término es definido por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

ARC: Complejo relacionado con el SIDA, conforme el término es definido por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Deporte amateur: Un deporte u otra actividad física organizada y/o autorizada, que involucra prácticas regulares o programadas y/o juegos regulares o programados. Esta definición no incluye actividades deportivas sin contacto y practicadas por un miembro únicamente para fines recreativos, de entretenimiento o aptitud física y no a cambio de un sueldo, recompensa o ganancia.

Solicitud: La solicitud totalmente completa y firmada adjunta a la Póliza Maestra y la solicitud totalmente completa y firmada presentada a los Evaluadores de riesgo por el miembro.

Asegurado: The Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda

Beneficiario: El individuo mencionado en la solicitud del miembro para ser el destinatario de cualquier beneficio de muerte accidental o muerte accidental en transporte público. Para los miembros que no designen a ningún beneficiario en la solicitud, el beneficiario será automáticamente:

miembros mayores de 18: 1. Cónyuge (si corresponde), 2. Hijo (si corresponde) en partes iguales, 3. Patrimonio sucesorio del miembro.

miembros menores de 18: 1. Padre/Madre con patria potestad (si corresponde), 2. Hermanos (si corresponde) en partes iguales, 3. Patrimonio sucesorio del miembro.

Beneficios: Los gastos elegibles que serán pagados en virtud de este certificado para los costos cubiertos incurridos durante el periodo del certificado.

Certificado: El documento emitido al miembro que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza Maestra y que confirmará el tipo de plan, el periodo de cobertura, el país de residencia, el número de certificado, los términos y condiciones especiales, el deducible, la lista de beneficios elegida y el área geográfica de la cobertura.

Periodo del certificado: El periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la fecha de entrada en vigencia del certificado y que finaliza en la fecha y hora de la fecha de finalización del certificado. El periodo del certificado máximo es de 365 días para ciudadanos no estadounidenses o no residentes de EE. UU. cuyo viaje no incluye a los EE. UU. o los territorios de los EE. UU. Para los demás miembros, el periodo del certificado máximo es de 364 días.

Coseguro: El pago de los gastos elegibles efectuado por el miembro sobre la base del porcentaje indicado en el listado de beneficios y límites.

Transporte público: Un avión, bus, micro, tren o embarcación que opera con fines comerciales y que transporta pasajeros con boleto pago en rutas normalmente programadas y publicadas.

Complicaciones del embarazo: Enfermedades cuyos diagnósticos son diferentes del embarazo, pero que se ven negativamente afectadas por el embarazo o son causadas por el embarazo y no están asociadas con un embarazo normal. Esto incluye: embarazo ectópico, aborto espontáneo, hiperémesis gravídica, preclampsia, eclampsia, aborto fallido y enfermedades de gravedad similar. Las complicaciones del embarazo no incluyen: falso trabajo de parto, edema, trabajo de parto prolongado, reposo prescrito durante el periodo del embarazo, náuseas matutinas y condiciones de gravedad similar asociadas con la gestión de un embarazo difícil, y que no constituyen una condición médicamente definida.

Deportes de contacto: Un deporte u otra actividad deportiva que necesariamente implica un contacto físico con los jugadores del equipo contrario como parte del juego normal. Los deportes de contacto incluyen, entre otros, fútbol americano, boxeo, jockey sobre hielo, rugby, fútbol y lucha.

Asistencia de custodia: El tipo de asistencia o servicio, prestado en cualquier lugar y denominado de cualquier forma, que está diseñado principalmente para ayudar a un miembro a realizar sus actividades diarias. La asistencia de custodia también incluye una asistencia no aguda para pacientes comatosos, semi-comatosos, con parálisis o mentalmente incompetentes.

Declaración: La declaración se encuentra adjunta al presente y forma parte de la Póliza Maestra.

Deducible: El monto en dólares de los gastos elegibles, especificado en el listado de beneficios y límites, que el miembro debe pagar por cada periodo del certificado antes del pago de los gastos elegibles.

Tratamiento odontológico: El cuidado de los dientes, las encías o huesos que sostienen los dientes, incluidas las dentaduras postizas, prótesis dentales y la preparación para estas últimas.

Desplazado: Individuo que debe abandonar un destino debido a una evacuación ordenada por las autoridades vigentes.

Equipo médico durable: Una cama de hospital estándar básica y/o una silla de ruedas estándar básica.

Cuidado educacional o de rehabilitación: Cuidado para la restauración (mediante la educación o el entrenamiento) de la capacidad de una persona para funcionar de forma normal o casi normal luego de una enfermedad o lesión. Este tipo de cuidado incluye, entre otros, la terapia vocacional u ocupacional y la terapia del habla.

Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que podrían razonablemente poner en riesgo la vida o extremidad del miembro si no se brinda atención médica dentro de las 24 horas siguientes.

Centro de cuidados prolongados: Un centro, o una parte separada de un centro, que está autorizado para funcionar como hospital, centro de cuidados prolongados, o centro de rehabilitación por el estado en el que opera; y normalmente brinda cuidados de enfermería capacitados las 24 horas bajo la supervisión regular de un médico y la supervisión directa de un enfermero registrado; y mantiene un registro diario acerca de cada paciente; y brinda a cada paciente un programa planificado de observación prescripto por un médico; y brinda a cada paciente el tratamiento activo de una enfermedad o lesión. El centro de cuidados prolongados no incluye un establecimiento principalmente para el descanso, para los ancianos, para el tratamiento del abuso de sustancias, de asistencia de custodia, de cuidados de enfermería o para el cuidado de los trastornos mentales o los incompetentes mentales.

VIIH+: Prueba de laboratorio definido por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos como positivo para la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

País de residencia: Para los ciudadanos estadounidenses, el país de residencia son los Estados Unidos de América, independientemente de la ubicación de la residencia principal del miembro. Para los ciudadanos no estadounidenses, el país de residencia es el país donde el miembro reside principalmente y recibe el correo habitual.

Agencia de cuidados de salud en el hogar: Una agencia pública o privada o una de sus subdivisiones, que opera de conformidad con la ley y normalmente brinda cuidados de enfermería en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado, y mantiene un registro diario acerca de cada paciente con un programa planificado de observación y tratamiento por parte de un médico.

Cuidados de enfermería en el hogar: Servicios provistos por una agencia de cuidados de salud en el hogar y supervisados por un enfermero registrado, que son dirigidos hacia el cuidado personal de un paciente, siempre que dicho cuidado sea provisto en reemplazo de un cuidado Hospitalario médicamente necesario en un Hospital.

Hospital: Una institución que opera como un hospital de conformidad con la ley, y está autorizada por el estado o país en el que opera, y opera principalmente para la recepción, el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas como pacientes hospitalizados, y brinda servicios de enfermería durante las 24 horas de guardia o turno, y tiene un personal de uno o más Médicos disponibles en todo momento, y brinda instalaciones organizadas y equipos para el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas agudas en sus instalaciones, y no funciona principalmente como un establecimiento de rehabilitación, un centro de cuidados a largo plazo, un centro de cuidados prolongados, una residencia de enfermería, de descanso, de asistencia de custodia o para convalecientes, un lugar para los ancianos, adictos a las drogas, alcohólicos o fugitivos, o centros similares.

Enfermedad: Un malestar, trastorno, enfermedad, patología, anormalidad, dolencia u otra condición médica, física o de salud. A los fines de este seguro, la enfermedad incluye las complicaciones del embarazo durante las primeras 26 semanas del embarazo. La enfermedad no incluye problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o problemas disciplinarios.

Incurrido: Un cargo es incurrido en la fecha en la que el servicio es provisto o el suministro es adquirido.

Lesión: Un daño inesperado e imprevisto al cuerpo causado por un accidente que requiere tratamiento médico.

Paciente hospitalizado: Un paciente que ocupa una cama de hospital por más de 24 horas para recibir tratamiento médico y cuya admisión fue recomendada por un médico.

Unidad de Cuidados Intensivos: Una unidad de cuidados de cardiología u otra unidad o área de un hospital que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales para las Unidades de Cuidados Especiales.

Con fines investigacionales o experimentales: Términos utilizados para describir los procedimientos, servicios o suministros que por su naturaleza o composición son utilizados o aplicados de forma tal que se desvían de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica actual.

Médicamente necesario: Un servicio o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión sobre la base de una práctica médica actual generalmente aceptada conforme lo determinen los Evaluadores de riesgo. Un servicio o suministro no será considerado médicamente necesario si es provisto únicamente como una conveniencia para el miembro o proveedor, y/o no es adecuado para el diagnóstico o los síntomas del miembro, y/o excede el alcance, la duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado para una enfermedad o lesión.

Miembro: Un individuo cubierto en virtud de este seguro.

Trastorno de salud mental: Una enfermedad o trastorno mental o emocional que generalmente denota una enfermedad del cerebro con síntomas predominantes de conducta; o una enfermedad de la mente o la personalidad, evidenciada por un comportamiento anormal; o un trastorno de conducta evidenciado por un comportamiento social anormal. Los trastornos de

salud mental incluyen: psicosis, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, y aquellas enfermedades psiquiátricas enumeradas en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los EE. UU.

Desastre natural: Cualquier acto o fuerza de la naturaleza causado por factores ambientales que tiene consecuencias catastróficas. Los desastres naturales cubiertos son los siguientes: avalanchas, terremotos, inundaciones, huracanes, eventos de impacto, derrumbes, aludes, tornados, tsunamis, ciclones tropicales, tifones, erupciones volcánicas y fuegos arrasadores.

Paciente ambulatorio: Un miembro que recibe tratamiento médicamente necesario por un médico para una lesión o enfermedad que no requiere que el miembro pase la noche en un hospital.

Médico: Un doctor en medicina (MD), un doctor en cirugía dental (DDS), un doctor en medicina odontológica (DDM), un doctor en podología (DPM), un doctor en osteopatía (DO), un fisioterapeuta o kinesiólogo licenciado, y un doctor en psiquiatría (Psy. D) y un doctor en psicología (Ph. D). El término Médico también incluye a un enfermero profesional (CNP), un enfermero anestesista profesional (CRNA), un enfermero obstétrico profesional o un auxiliar médico (PA) bajo la dirección de un doctor en medicina. Un médico debe estar actualmente autorizado por la jurisdicción en la que provee sus servicios, y los servicios provistos deben estar dentro del alcance de dicha autorización y cubiertos por esta Póliza Maestra o Anexo.

Administrador del Plan: HCC Medical Insurance Services, LLC, 251 North Illinois Street, Suite 600, Indianápolis, Indiana 46204, Teléfono (317) 262-2132, Fax (317) 262-2140.

Enfermedad preexistente: Cualquier (1) enfermedad por la cual se recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) durante los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia del certificado; (2) enfermedad que se manifestó de forma tal que habría hecho que una persona razonablemente prudente busque consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) dentro de los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia del certificado; (3) cualquier lesión, enfermedad, u otra condición física, médica, mental o nerviosa, trastorno o dolencia (conocida o no) que, con una certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o dentro de los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia del certificado. A los fines de la cobertura de las complicaciones del embarazo ofrecida en virtud del presente, el embarazo no estará incluido dentro de la definición de una condición preexistente.

Embarazo: La condición física de estar embarazada.

Deporte profesional: Una actividad realizada a cambio de un sueldo, recompensa o ganancia, que incluye el entrenamiento.

Prueba del reclamo: Un formulario de declaración y autorización del reclamante completo y firmado, junto con cualquier documento adjunto requerido, facturas detalladas originales de los médicos, hospitales y otros proveedores médicos, recibos originales por cualquier gasto que ya haya sido pagado por o en nombre del miembro, y toda documentación que se considere necesaria para los Evaluadores de riesgo.

Enfermero registrado: Un enfermero graduado que fue registrado o autorizado para ejercer la profesión por la Junta Estatal de Examinadores de Enfermería u otra autoridad estatal, y que está legalmente autorizado a colocar las letras “RN” (*Registered Nurse*) detrás de su nombre.

Familiar: Padre biológico o adoptivo; hijo biológico o adoptivo; cónyuge actual; hermanos biológicos o adoptivos; o suegros, nueras, yernos o cuñados.

Examen físico de rutina: Examen del cuerpo realizado por un médico únicamente con fines preventivos o informativos, y no para el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición.

Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis, gonorrea, linfogranuloma venéreo, cancroide, granuloma inguinal, clamidiosis, tricomoniasis, candidiasis genital, herpes genital, enfermedad inflamatoria pélvica (PID), Papilomavirus Humano (HPV), micoplasma genital y hepatitis viral.

Abuso de sustancias: Abuso, uso excesivo o dependencia de alcohol, drogas o químicos.

Cirugía o procedimiento quirúrgico: Un procedimiento diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una enfermedad o lesión a través de operaciones manuales o instrumentales realizadas por un Médico mientras el paciente se encuentra bajo anestesia local o general.

Unidad de emergencias: Un centro médico de los EE. UU. distinto del departamento de emergencias de un hospital, donde los pacientes ambulatorios pueden ser tratados sin turno y recibir atención inmediata, no rutinaria de emergencia para una lesión o enfermedad presentada sobre una base episódica.

EE. UU.: Los Estados Unidos de América que incluyen todos los estados, distritos, territorios y posesiones.

Normal, razonable y usual: El cargo más común para los servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre el cargo, mientras dichos cargos sean razonables. Los Evaluadores de riesgo determinarán lo que se define como cargos normales, razonables y usuales. Al determinar si un cargo es normal, razonable y usual, los Evaluadores de riesgo pueden tener en cuenta uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, el alcance de la capacitación y la experiencia requerida para realizar el procedimiento o servicio, la cantidad de tiempo requerido para realizar el procedimiento o los servicios en comparación con la cantidad de tiempo requerido para realizar otros servicios

similares, la gravedad o naturaleza de la enfermedad o lesión que se está tratando, la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros o por servicios, medicamentos o suministros comparables en otras partes del país, el costo para el proveedor de la provisión de los servicios, medicamentos o suministros, otros factores que los Evaluadores de riesgo, en el ejercicio razonable de su discreción, determinen adecuados.

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N. ° 131920-1. Para obtener una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con HCC Medical Insurance Services.

SPECIMEN