



StudentSecure® Descripción de la cobertura

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N. ° 131920-STU. 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 protección al paciente y cuidado de salud asequible de los EE.UU. 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. Los individuos de hasta 65 años son elegibles para este plan sujeto a los siguientes requisitos:

1. Participante
 - a. Debe ser un estudiante de tiempo completo en un colegio o universidad, sin incluir los colegios y universidades en línea, o a 31 días o menos de convertirse en un estudiante de tiempo completo en un colegio o universidad; o debe ser un profesor de tiempo completo afiliado a una institución educativa y realizando un trabajo o investigación por al menos 30 horas semanales. Se renuncia al requisito del estado de estudiante/investigador de tiempo completo para los Participantes dentro de EE.UU. que posean una visa F-1, incluidos los estudiantes en OPT, o una visa J-1 válida. Los requisitos del estado de tiempo completo continúan vigentes para los individuos que posean visas M-1 u otras categorías de visas; y
 - b. Debe llevar a cabo actividades educativas internacionales fuera de su país de residencia; y
 - c. No debe haber obtenido el estado de residente en el país anfitrión.
 - d. Los participantes en EE.UU. deben tener una visa válida relacionada con la educación. Puede requerirse una copia de I-20 o DS2019.

2. Dependiente
 - a. Debe ser el cónyuge legal del participante, o los hijos menores de 19 años y solteros del participante y deben depender principalmente del participante para recibir apoyo y mantenimiento; y
 - b. Debe acompañar al participante al exterior con una visa o pasaporte similar mientras el participante participa en actividades educativas internacionales; y
 - c. Debe estar temporalmente ubicados fuera del país de residencia del participante; y
 - d. No debe haber obtenido el estado de residente en el país anfitrión.

Condiciones especiales para hijos recién nacidos o adoptados:

- a. Los hijos recién nacidos o adoptados estarán automáticamente cubiertos como dependientes durante los primeros 31 días de vida siempre que el parto esté cubierto por este seguro o la adopción ocurra mientras la cobertura del participante se encuentre vigente. Si el parto del hijo recién nacido no está cubierto por este seguro, el hijo recién nacido será elegible para recibir cobertura a partir de los 14 días de vida.
- b. Los hijos recién nacidos y adoptados deben inscribirse dentro de los primeros 31 días después del nacimiento de los recién nacidos o dentro de los 31 días siguientes a la adopción. La inscripción requiere una notificación escrita acerca del nombre, la fecha de nacimiento, el sexo y la ciudadanía del nuevo dependiente, así como el pago de cualquier prima adicional debida.
- c. Si un hijo recién nacido o adoptado no es registrado antes de los 31 días siguientes al nacimiento (para los niños recién nacidos) o a la adopción (para niños adoptados), entonces la cobertura finaliza en el día 31°.

Fecha de entrada en vigencia del certificado. El seguro contratado en virtud del presente comenzará:

1. 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
2. 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 el pago (si la solicitud y el pago se envían por correo); o
3. a las 12:01 a.m. hora del Este de los EE.UU. de la fecha en la que el participante cumple con los requisitos de elegibilidad, lo que ocurra después.

Fecha de terminación. El seguro contratado en virtud del presente finalizará:

1. 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
2. a las 11:59 p. m. hora del Este de los EE. UU. de la última fecha requerida en la solicitud; o
3. a las 12:01 a.m. hora del Este de los EE.UU. de la fecha en la que el participante ya no cumple con los requisitos de elegibilidad: o
4. en el momento en el que el participante regrese al país de residencia (excepto conforme lo permitan las disposiciones sobre la cobertura en el país de residencia de esta cobertura), lo que ocurra antes.

Periodo de beneficios. Mientras el certificado se encuentre vigente, el periodo de beneficios no será aplicable. Luego de la terminación del certificado, de conformidad con la sección Fecha de terminación de esta cláusula, los Evaluadores de riesgo pagarán los gastos médicos elegibles, conforme se definen en el presente, por hasta 60 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta mientras el participante se encontraba fuera de su país de residencia y mientras el certificado se encontraba vigente. El periodo de beneficios se aplica únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la condición por la que el miembro fue internado como un paciente hospitalizado en la fecha de terminación del certificado.

Cobertura en el país de residencia

Periodo de beneficios. Si un miembro comienza un periodo de beneficios mientras el certificado se encuentra vigente, y el certificado finaliza de conformidad con el punto 4 de la sección Fecha de terminación de esta cláusula, 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 aplica únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la condición por la que el miembro fue internado como un paciente hospitalizado en la fecha de terminación del certificado.

Cobertura incidental en el país de residencia. Por cada periodo de tres (3) meses durante el cual el miembro esté cubierto en virtud del presente, los gastos médicos incurridos estarán únicamente cubiertos durante viajes incidentales que sumen no más de 15 días de duración por cada periodo de tres meses de cobertura. El tiempo de visita incidental debe ser utilizado dentro del periodo de tres meses adquirido, y el miembro debe continuar su viaje internacional a fin de ser elegible para recibir este beneficio. El regreso al país de residencia del miembro no debe ser realizado con el fin de obtener el tratamiento de una enfermedad o lesión que haya comenzado durante el viaje.

Sin perjuicio de lo antedicho, la cobertura en virtud de este seguro 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 a más tardar a la fecha de entrada en vigencia del certificado del miembro, la fecha de continuación (si corresponde) o la fecha de renovación (si corresponde). 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 prima de meses completos no utilizados, si el pago es en cuotas mensuales, o de días no utilizados, si se paga por completo, del plan; y
- c. Únicamente los miembros que no tengan reclamos serán elegibles para recibir el reembolso de la prima; y

d. No se otorgará ningún reembolso de la prima después de los 60 días.

LISTADO DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Beneficio	Límite
Máximo periodo del certificado (incluye todos los beneficios) StudentSecure Select	\$300.000 por participante \$ 50.000 por cónyuge \$ 50.000 por hijo
StudentSecure Budget	\$250.000 por participante \$ 50.000 por cónyuge \$ 50.000 por hijo
Máximo beneficio por lesión/enfermedad StudentSecure Select	\$300.000 por participante \$ 50.000 por cónyuge \$ 50.000 por hijo
StudentSecure Budget	\$250.000 por participante \$ 50.000 por cónyuge \$ 50.000 por hijo
Deducible - StudentSecure Select	Salvo por la Sala de emergencias, \$25 por la Organización Proveedoradora Preferida (PPO) y Centro de salud para estudiantes por Lesión o Enfermedad; de lo contrario \$50 por Lesión o Enfermedad. Si el tratamiento es recibido fuera de EE.UU., \$25 por enfermedad o lesión.
Deducible - StudentSecure Budget	Salvo por la Sala de emergencias, \$45 por PPO y Centro de salud para estudiantes por Lesión o Enfermedad; de lo contrario \$90 por Lesión o Enfermedad. Si el tratamiento es recibido fuera de EE.UU., \$45 por enfermedad o lesión.
Deducible de la Sala de emergencias – StudentSecure Select	Para el tratamiento recibido en una Sala de emergencias se deberá pagar un Deducible de \$100.
Deducible de la Sala de emergencias – StudentSecure Budget	Para el tratamiento recibido en una Sala de emergencias se deberá pagar un Deducible de \$350.
Coseguro – Reclamos incurridos en EE. UU. StudentSecure Select	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 máximo periodo del certificado. Se renunciará al coseguro si los gastos elegibles son incurridos dentro de la PPO o en un centro de salud para estudiantes.
StudentSecure Budget	Para el periodo del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán el 80% de los siguientes \$25.000 por gastos elegibles después del deducible; luego, el 100% hasta el máximo periodo del certificado.
Coseguro – Reclamos incurridos fuera de EE. UU. StudentSecure Select	Para el periodo del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán el 100% de los gastos elegibles después del deducible hasta el máximo periodo del certificado.
StudentSecure Budget	Para el periodo del certificado, los Evaluadores de riesgo pagarán el 100% de los gastos elegibles después del deducible hasta el máximo periodo del certificado.
Habitación y comida en el hospital	Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.
Ambulancia local StudentSecure Select	\$750 por lesión o enfermedad, cuando la lesión o enfermedad cubierta tiene como resultado la internación como paciente hospitalizado.
StudentSecure Budget	\$500 por lesión o enfermedad, cuando la lesión o enfermedad cubierta tiene como resultado la internación como paciente

	hospitalizado.
Unidad de Cuidados Intensivos	Cargos normales, razonables y usuales
Penalidad de Pre-certificación del hospital	50% de los gastos médicos elegibles.
Tratamiento ambulatorio	Cargos normales, razonables y usuales
Fármacos con receta para pacientes ambulatorios	50% de los cargos reales
Trastornos de salud mental (incluye el abuso de drogas y el abuso de alcohol) - StudentSecure Select	Paciente ambulatorio: Después del Deducible, los Gastos elegibles se pagarán al 80% hasta el Máximo del Periodo del certificado dentro del PPO o al 60% fuera del PPO por un máximo de 30 visitas por Periodo del certificado. Paciente hospitalizado: Después del Deducible, los Gastos elegibles se pagarán al 80% hasta el Máximo del Periodo del certificado dentro del PPO o al 60% fuera del PPO por un máximo de 30 días por Periodo del certificado. El tratamiento no debe ser provisto en un centro de salud para estudiantes.
Trastornos de salud mental (incluye el abuso de drogas y el abuso de alcohol) - StudentSecure Budget	Paciente ambulatorio: Máximo por día de \$50; Máximo por periodo del certificado de \$500. Paciente hospitalizado: Cargos normales, razonables y usuales hasta un máximo por periodo del certificado de \$10.000. El tratamiento no debe ser provisto en un centro de salud para estudiantes.
Cuidado de maternidad para un embarazo cubierto	Cargos normales, razonables y usuales
Cuidados de rutina para recién nacidos StudentSecure Select	Máximo por periodo del certificado de \$750.
StudentSecure Budget	Máximo por periodo del certificado de \$250.
Terminación terapéutica del embarazo	Máximo por periodo del certificado de \$500.
Fisioterapia y atención quiropráctica	Máximo de \$50 por visita por día. Debe ser pedido con anticipación por un médico y no puede ser obtenido en un centro de salud para estudiantes.
Deportes en el colegio, universidad o club - StudentSecure Select	Máximo de \$5.000 por lesión o enfermedad Únicamente gastos médicos.
Deportes en el colegio, universidad o club - StudentSecure Budget	Máximo de \$3.000 por lesión o enfermedad Únicamente gastos médicos.
Todos los demás gastos médicos elegibles	Cargos normales, razonables y usuales
Tratamiento odontológico debido a un accidente	\$250 máximo por diente. Máximo por periodo del certificado de \$500.
Tratamiento odontológico para aliviar el dolor	Máximo de \$100 por periodo del certificado (no sujeto a deducible o coseguro).
Evacuación médica de emergencia StudentSecure Select	No sujeto a deducible o coseguro. Máximo de por vida por participante de \$300.000. Máximo de por vida por cónyuge de \$50.000. Máximo de por vida por hijo de \$50.000.
StudentSecure Budget	No sujeto a deducible o coseguro. Máximo de por vida por participante de \$250.000. Máximo de por vida por cónyuge de \$50.000. Máximo de por vida por hijo de \$50.000.
Repatriación de restos StudentSecure Select	Máximo de \$25.000 (no sujeto a deducible o coseguro).
StudentSecure Budget	Máximo de \$25.000 (no sujeto a deducible o coseguro).
Reunión de emergencia: StudentSecure Select	Límite de por vida de \$5.000 (sujeto a un máximo de 15 días, no sujeto a deducible o coseguro).
StudentSecure Budget	Límite de por vida de \$1.000 (sujeto a un máximo de 15 días, no sujeto a deducible o coseguro).
Terrorismo	Límite máximo de por vida de \$50.000. Únicamente para gastos médicos elegibles.

Muerte y desmembramiento accidental. StudentSecure Select	No sujeto a deducible o coseguro. Monto total (máximo de por vida): \$25.000 por participante \$10.000 por cónyuge \$ 5.000 por hijo
StudentSecure Budget	Muerte – Monto total Pérdida de 2 extremidades: Monto total Pérdida de 1 extremidad: La mitad del monto total Sin cobertura

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 decide cumplir con los requisitos de la PPO, y los gastos se incurren en un proveedor de la PPO, los Evaluadores de riesgo 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, accediendo al sitio Web de HCC Medical Insurance Services, LLC en: www.hccmis.com.

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)
- Maternidad (ver los requisitos especiales en el punto 2 a continuación)
- Cuidado de un recién nacido

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. Si una pre-certificación es para maternidad, comuníquese con el administrador del plan llamando al número de teléfono incluido en el certificado del miembro tan pronto como sea posible pero siempre:
 - a. durante los primeros 90 días del embarazo; e
 - b. inmediatamente después de cualquier cambio de estado durante el embarazo; y
 - c. luego de ser admitida en un hospital para llevar a cabo el parto; y
3. Cumplir con las instrucciones del administrador del plan y presentar toda la información o documentación requerida; e
4. Informar a todos los médicos, hospitales y otros proveedores acerca de que este seguro contiene requisitos de pre-certificación, y pedirles que cooperen plenamente 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 incluidos 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 en un 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 paciente hospitalizado, 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 autorización previa.

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, a menos que los servicios médicos hayan sido provistos luego de la fecha de terminación del certificado, en cuyo caso el miembro tendrá 60 días desde la fecha en que se incurre el reclamo para presentar la prueba de 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 por los Evaluadores de riesgo de la segunda apelación de, 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 o enfermedad, incluso si no se requiere internación en el hospital. Sin embargo, los cargos por el uso de la Sala de Emergencias dentro de los Estados Unidos estarán sujetos a un deducible, de conformidad con las disposiciones del Listado de beneficios y límites.
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. Sin embargo, esto no incluye nebulizadores, tubos de oxígeno, suministros diabéticos, suministros de venta libre o sin receta y dispositivos de soporte o abrazaderas.
 5. Por pruebas de diagnóstico que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no incluye las pruebas psicométricas, de comportamiento y educacional).
 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 una terapia o tratamiento de radiación y quimioterapia.
 9. 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.
 10. Por oxígeno y otros gases y su administración.
 11. Por anestesia y su administración por un médico.
 12. Por un suministro máximo de 60 días de fármacos que requieren una receta de un médico para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta, pero que excluye los fármacos recetados para el tratamiento de la diabetes y el reemplazo de fármacos perdidos, robados, dañados, vencidos o de cualquier otra forma en riesgo.
 13. Por el cuidado en un centro de cuidados prolongados autorizado, luego del traslado directo de un hospital de cuidados agudos.
 14. 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.
 15. Por el transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una lesión o enfermedad que genere una internación.
 16. 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.
 17. Por el tratamiento odontológico de emergencia necesario para aliviar un dolor de inicio agudo, siempre que el tratamiento se reciba dentro de las 24 horas siguientes al dolor de inicio agudo.
 18. 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.
 19. Fisioterapia si es recetada por un médico para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta en virtud del presente.
 20. Por el cuidado médicamente necesario de niños recién nacidos durante los primeros 31 días de vida, siempre que el parto del recién nacido esté cubierto por el presente.
 21. Por cuidado prenatal, parto de un recién nacido, y cuidado posnatal relacionado con un embarazo cubierto.
 22. Por el tratamiento de problemas de salud mental que incluyen el abuso de drogas y el abuso de alcohol, conforme se definen en el presente.

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 incurridos mientras este seguro se encuentre vigente:

1. Transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el miembro recibirá el tratamiento; y
2. 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 hacia 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.

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.

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 o en caso de que un miembro sea internado como paciente hospitalizado por al menos cinco días debido a una condición que pone en peligro la vida del miembro:

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 beneficios de reunión de emergencia únicamente luego de: (1) una evacuación médica de emergencia de un miembro cubierto en virtud del presente; o (2) la internación como paciente hospitalizado de un miembro por al menos cinco días debido a una condición cubierta que pone en riesgo la vida del miembro.
- d. Los beneficios de reunión de emergencia no relacionados con una evaluación médica de emergencia se pagarán únicamente luego del final de la estadía mínima de cinco días como paciente hospitalizado.

GASTOS ELEGIBLES. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (ÚNICAMENTE StudentSecure Select).

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 el monto total al beneficiario. El monto total es de \$25.000 para los participantes, \$10.000 para los cónyuges y \$5.000 para hijos.
2. Desmembramiento accidental:
 - a. Pérdida de 2 o más extremidades o la visión de ambos 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 o la visión en un ojo: Los Evaluadores de riesgo pagarán al miembro la mitad del monto total conforme se indica en el inciso 1 de este 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 accidente que provoca la muerte o el desmembramiento accidental debe estar cubierto por este seguro; y
- c. La Muerte o desmembramiento accidental debe deberse únicamente a la Lesión accidental y ninguna enfermedad o condición médica debe haber contribuido directa o indirectamente; y
- d. El pago de los Evaluadores de riesgo en virtud de este beneficio no podrá en ningún caso ser mayor al monto total.

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

Guerra, terrorismo, agentes biológicos, químicos, radiactivos o nucleares: Sin perjuicio de cualquier disposición en contrario incluida en este seguro o en cualquier anexo adjunto al presente, por el presente se acuerda que este seguro no cubre 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, asonada militar o usurpación del poder; y
2. el uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, radioactiva o nuclear; sin embargo, esta exclusión (2) no será aplicable cuando 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 ser en un país o lugar respecto del cual 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, incluido 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, incluida 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 que se relacione 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. Enfermedades preexistentes. Los cargos que resulten directa o indirectamente de cualquier enfermedad preexistente, conforme se define en el presente, no están incluidos en este seguro durante los primeros seis (6) meses de cobertura.
2. Área de cobertura. Para todos los ciudadanos no estadounidenses que elijan el área de cobertura “Sin incluir a los EE.UU.” y para todos los ciudadanos estadounidenses o residentes de EE.UU., no se provee cobertura dentro de los Estados Unidos, excepto por los ciudadanos estadounidenses o residentes de EE.UU durante una visita al país de residencia incidental o un periodo de beneficios elegible.
3. Cuidado prenatal de rutina, embarazo, nacimiento, cuidado posnatal, y cuidados neonatales de rutina para un recién nacido, a menos que esté directamente relacionado con un embarazo cubierto, conforme se define en el presente.
4. Diagnóstico y tratamiento para o relacionado con cualquier enfermedad congénita, pero esto no incluye enfermedades congénitas para un niño si el parto está cubierto por este seguro.
5. Cargos no incurridos, conforme se define en el presente, por un miembro durante su periodo del certificado.
6. Cargos por el diagnóstico y 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.
7. 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.
8. Diagnóstico, tratamiento, servicios o suministros no administrados u ordenados por un médico.
9. Diagnóstico, tratamiento, servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
10. Diagnóstico, tratamiento, servicios o suministros provistos sin costo alguno al miembro.
11. Cargos que excedan los cargos normales, razonables y usuales.
12. Consultas telefónicas o inasistencia a una visita programada.
13. Las cirugías, tratamientos, servicios o suministros con fines de investigación o experimentación.
14. Durante una internación principalmente para recibir asistencia de custodia, o cuidado educacional o de rehabilitación.
15. 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.
16. Procedimientos de modificación del cuerpo a fin de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional del miembro, que incluye, entre otros, la cirugía de cambio de sexo.
17. Diagnóstico, 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.
18. Diagnóstico, tratamiento de VIH, SIDA o ARC.

19. Cualquier fármaco, tratamiento o procedimiento que promueva o prevenga la concepción, que incluyen, entre otros: cualquier método anticonceptivo, inseminación artificial, tratamiento para la infertilidad o impotencia, esterilización o reversión de la esterilización.
20. Cualquier fármaco, tratamiento o procedimiento que promueva, mejore o corrija la impotencia o la disfunción sexual.
21. Terminación opcional del embarazo.
22. 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.
23. Anteojos, lentes de contacto, audífonos, implantes de cabello, refracción ocular, terapia visual, y cualquier examen o prueba relacionada con estos dispositivos.
24. Cirugía de ojos, tal como la queratotomía radial, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.
25. Diagnóstico o tratamiento de la articulación temporomandibular.
26. Todos los gastos incurridos mientras se encuentren cubiertos en virtud del plan StudentSecure Budget superiores a los \$3.000 o los gastos superiores a los \$5.000 para el plan StudentSecure Select por una lesión o enfermedad sufrida durante la participación en deportes en el colegio, universidad o clubes, y todos los gastos por cualquier lesión o enfermedad sufrida durante la participación en cualquier otra actividad deportiva amateur. Esto no incluye actividades deportivas sin contacto y practicadas por un miembro únicamente para fines recreativos, de entretenimiento o aptitud física a menos que dichos deportes o actividades estén de cualquier otra forma excluidos por este seguro.
27. Lesión sufrida durante la participación en las siguientes actividades:
 - a. deportes profesionales, incluido el entrenamiento; y
 - b. Alpinismo, donde una persona razonablemente prudente utilice sogas o guías en elevaciones de 4.500 metros o más; y
 - c. Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial); y
 - d. Ala delta, saltos libres, paracaidismo, o puenting; y
 - e. 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); y
 - f. Carreras con cualquier animal o vehículo motorizado; y
 - g. Espeleología; y
 - h. Búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que se cuente con certificación PADI/NAUI o se esté acompañado por un instructor certificado y a profundidades menores a los 10 metros; y
 - i. Montar motos acuáticas; y cualquier otro deporte o actividad, incluidos los deportes extremos, realizado para buscar emoción y que exponga al miembro a un riesgo anormal de sufrir una lesión.
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 prescripto y dirigido por un médico pero no para el tratamiento de un abuso de sustancias.
29. Lesión o enfermedad autoinfligida de forma intencional y/o cualquier complicación o consecuencia derivada.
30. Diagnóstico y tratamiento de una enfermedad venérea, y todas las condiciones y enfermedades de transmisión sexual.
31. Vacunas, exámenes físicos de rutina, y otros análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación o prevención.
32. Diagnóstico o tratamiento por un quiropráctico, a menos que sea ordenado por anticipado por un médico para un tratamiento médicamente necesario relacionado con una lesión o enfermedad cubierta en el presente.
33. Gastos por fisioterapia o tratamiento de trastornos de salud mental si el tratamiento se obtiene en un centro de salud para estudiantes.
34. 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.
35. Uso voluntario de cualquier fármaco, narcótico o sustancia controlada, a menos que esté recetado por un médico.
36. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia.
37. Cualquier servicio, suministro o tratamiento realizado o provisto por un familiar del miembro o cualquier pariente del miembro o cualquier otra persona que normalmente viva con el miembro.
38. Ortóptica y terapia visual para ojos.
39. Servicios, suministros o tratamientos no incluidos como gastos elegibles, conforme se describe en el presente.
40. Los siguientes cuidados, tratamientos o suministros para los pies: calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos recetados que deben adjuntarse o colocarse en el calzado, tratamiento para los pies débiles, cansados, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, y tratamiento de callos, callosidades o uñas del pie.
41. 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.

42. Diagnóstico o tratamiento de trastornos del sueño.
43. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un médico.
44. Diagnóstico o tratamiento requerido como resultado de complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
45. Los cargos por viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos y reunión de emergencia incluidas en este seguro.
46. Diagnóstico o tratamiento incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear o a materiales radioactivos no médicos.
47. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.
48. 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.
49. Los reclamos pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica, no están incluidos en la cobertura.

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.

Muerte accidental: Un evento súbito, no intencional e inesperado 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 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 la visión significa: La pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable.

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 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.

Abuso de alcohol: Cualquier patrón de uso patológico del alcohol que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos cuando se lo retira.

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: Para los participantes, el individuo designado en la solicitud del participante para ser el beneficiario en caso de cualquier muerte accidental. Para el cónyuge y/o los hijos inscriptos en el plan, el beneficiario es automáticamente el participante.

Certificado: El documento emitido al miembro que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza Maestra, y que incluye la solicitud del miembro.

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.

Embarazo cubierto: El embarazo de una participante o dependiente mayor a los 18 años, que comenzó después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

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.

Declaración: La declaración se encuentra adjunta al presente y forma parte de esta 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 lesión o enfermedad.

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.

Dependiente: Debe ser el cónyuge legal del participante, o los hijos menores de 19 años y solteros del participante y que dependan principalmente del participante para recibir apoyo y mantenimiento, inscriptos para recibir cobertura en virtud del plan.

Abuso de drogas: Cualquier patrón de uso patológico de los fármacos que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos de abstinencia.

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.

Deportes extremos: Deportes que impliquen una actividad que produce adrenalina, que incluye, entre otros, caída libre, estilo libre BMX, buceo sin equipo, skateboard, ski surf, surf, kayak en aguas rápidas y rafting en aguas rápidas.

Investigador de tiempo completo: Un individuo afiliado a una institución educativa y que participa en actividades educativas por al menos 30 horas por semana. Estas actividades pueden incluir, entre otros, la realización de investigaciones en un área de especialidad o la enseñanza por un periodo de tiempo provisorio.

Estudiante de tiempo completo: Un estudiante en un colegio o universidad que está tomando 10 horas de crédito (estudiantes no graduados) o 6 horas de crédito (estudiantes graduados). La condición de estudiante de tiempo completo para los individuos inscriptos en colegios o universidades que no utilizan un sistema de horas de crédito debe evidenciarse a través de la entrega de documentación acerca de la condición de estudiante de tiempo completo.

VIH+: Prueba de laboratorio definida 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: El país de residencia del participante es el país de la residencia principal conforme se declara en el formulario de solicitud. La residencia principal es la ubicación del hogar verdadero, fijo y permanente del participante. El país de residencia del dependiente es el mismo que el del participante, independientemente de la ubicación de la residencia principal del dependiente.

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 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.

País anfitrión: El país, distinto del país de residencia, en el que el participante participará en actividades educativas. Para los ciudadanos estadounidenses y residentes, el país anfitrión debe ser distinto de los EE.UU., incluyendo las Islas Vírgenes Estadounidenses y Puerto Rico. Los ciudadanos y residentes que residan dentro de los EE.UU. continentales, Alaska, y Hawai son elegibles para recibir cobertura en Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Enfermedad: Un malestar, trastorno, enfermedad, patología, anormalidad, dolencia u otra condición médica, física o de salud. 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: Lesión física que resulta de un accidente.

Paciente hospitalizado: Una persona que es un paciente que pasa la noche en un Hospital, utilizando una habitación y consumiendo alimentos, y pagando por dichos servicios.

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.

Medicamento 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 medicamento 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.

Especialista médico: Un médico cuyo enfoque es una rama particular de la medicina. Un especialista médico debe estar actualmente autorizado por el estado en el que provee sus servicios, y los servicios provistos deben estar dentro del alcance de dicha autorización.

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 que se manifiesta 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.

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.

Participante: El estudiante de tiempo completo o el profesor de tiempo completo que está llevando a cabo actividades educativas internacionales fuera de su país de residencia y quien está inscripto para recibir cobertura en virtud de este plan.

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 doctor quiropráctico (DC), un fisioterapeuta o kinesiólogo licenciado, y un doctor en psiquiatría (Psy. D) y un doctor en psicología (Ph. D), un enfermero anestesista profesional (CRNA) y un auxiliar médico (PA). 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.

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.

Enfermedades preexistentes: 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 12 meses 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 12 meses 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 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia del certificado.

Embarazo: La condición física de estar embarazada.

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; cónyuge actual; hermanos biológicos o adoptivos; o hijo biológico o adoptivo, mayores de 18 años.

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. El examen físico de rutina también incluye análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación, prevención, o informativos.

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.

Centro de salud para estudiantes: Un centro médico de una institución educativa que brinda servicios de salud básicos para los estudiantes por un mínimo de 10 horas por semana durante el semestre escolar. Los servicios básicos deben incluir la contratación de personal por un proveedor médico licenciado (MD, CNP, o RN) para la evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones menores y/o la derivación a otro proveedor médico.

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.

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

Terminación terapéutica del embarazo: La terminación intencional del embarazo que fue considerada médicamente necesaria para el bienestar de la madre.

Tratamiento: Cuidados, que incluye, entre otros, consultas, pruebas de diagnóstico, recetas de fármacos, evaluación, exámenes, y terapias, que implican la administración de una gestión médica para una lesión o enfermedad.

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-STU. Para recibir una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con HCC Medical Insurance Services.