



**Paquete de
Inscripción
para
OptiMed
Ability360**

Effective Date: Enero 1, 2017

- *No Deducibles*
- *No Co-seguro*
- *No Co-pagos para Médicos*
- *No Condiciones Pre-existentes*
- *Sin Preguntas Médicas*
- *Beneficios Pagados Directo al Proveedor*
- *Red Nacional de PPO*
- *Programa de Avocación para Pacientes*

Servicios de Clientes: 1-800-482-8770





¿Como Funciona OptiMed?

Es Simple....

- Encuentre un Proveedor:** Localiza participantes en la red de proveedores.
O Llame a la Línea de Servicios de Clientes: **1-800-482-8770**, o ir a www.optimedhealth.com/providers
- Hacer Una Cita de Consulta:** Haga una cita y vea a su doctor.
- Beneficios:** OptiMed paga basado en un horario de beneficios fijos. Si el diseño del plan indica que usted tiene derecho a una visita de oficina de \$60, el beneficio al cual usted tiene derecho es \$60 aunque usted elija un proveedor fuera de la red. OptiMed no reduce la cantidad del beneficio.
- Asignación de Beneficios:** OptiMed también permite la asignación de beneficios. Usted no ha de pagar ningún dinero adelantadamente. OptiMed no tiene ningún deducible o “co-seguro”, y las prescripciones son conformes al co-pago.
- Pago:** El proveedor debe de cobrar directamente a OptiMed. Si el proveedor desea que usted pague adelantadamente, por favor llamar a la línea de servicios de clientes de OptiMed mientras está en la oficina del proveedor. Si usted elige pagar de adelantado puede someter una solicitud fácilmente.
- Red:** Si usted elige un proveedor de red, tiene derecho a un descuento. Esto significa que usted ahorrará más dinero. OptiMed descuenta la factura y le envía al proveedor el pago con una explicación de beneficios. Usted también recibirá una explicación de beneficios. Si se debe un balance, el proveedor le mandará la factura de la diferencia. Si usted elige un proveedor fuera de red, tendrá derecho a su beneficio, pero no a un descuento adicional.

Ejemplo: *Las figuras son para propósitos ilustrativos solamente. Facturas de proveedores reales variarán.*

<u>Dentro de Red:</u>		<u>Fuera de Red:</u>	
Factura de consulta medica:	\$100	Factura de consulta medica:	\$100
Ejemplo de descuento (20%):	- \$20	Ningún descuento:	- \$00
<u>Pago del beneficio:</u>	- \$60	<u>Pago del beneficio:</u>	- \$60
Miembro paga	\$20	Miembro paga	\$40

OPCIONES DE BENEFICIOS DE OPTIMED DISPONIBLES-(Todos los máximos de beneficios médicos son por persona/por periodo de beneficios, periodo de beneficios por año de calendario a menos que sea declarado)	Beneficios
Beneficio de Visitas de Consultorio Médico - Generales y Especialistas - 10 días por periodo de beneficios	\$70 por día
Beneficio de Sala de Emergencia por Enfermedad – Máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$75 por día
Beneficio de Cuidado Preventivo - Máximo por día calculado por edad Menor de 1 - Máximo de 4 días por periodo de beneficios Mayor de 1 - Máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$50 por día
Beneficio de Examen de Audición- El beneficio es pago una vez por un período de 24 meses consecutivos por asegurado y esposo/a dependiente y una vez por un período de 12 meses consecutivos por hijo/a dependiente	\$70 examen
Exámenes de Diagnóstico de Laboratorio - máximo de 8 días por periodo de beneficios	\$40 por día
Exámenes de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios - máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$50 por día
Beneficio de Sala de Emergencia por Lesión - Para tratamiento de emergencia realizado durante las primeras 72 horas del accidente máximo de 3 días por persona por periodo de beneficios	\$1,000 por día
Cirugía Planificada – Pacientes Hospitalizados; - Máximo de 2 días por periodo de beneficios	\$500 por día
• Cirugía Planificada – Pacientes Ambulatorios; - Máximo de 2 días por periodo de beneficios	\$250 por día
• Anestesiología - Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios	20% del Beneficio Quirúrgico
Indemnidad para Confinamiento en Hospital (Enfermedades y Accidentes) -Requiere 24 horas de estadía	\$500 por día
• Cuidado Intensivo – Máximo de 30 días por periodo de beneficios (Se paga sobre el Beneficio de Indemnidad para Confinamiento en Hospital)	\$500 por día
• Enfermería Especializada - Estadía en un centro de enfermería especializada en los primeros 14 días después de 3+ días de hospitalización/120 días máximo de por vida	\$250 por día
Seguro de Vida Temporal / AD&D	\$10,000/\$10,000
Dependientes – Seguro de Vida Temporal Solamente	
• Esposa/o	\$5,000
• Hijos 6 meses - 19 (25 para estudiante de tiempo completo)	\$2,500
• Infantes 14 días - 6 meses	\$250
Indemnidad de Seguro para Medicamentos de Prescripción Máximos Anuales: \$2,500 por asegurado - Subseñalable al Formulario de Medicamentos Costo puede variar por nivel de Formulario y Farmacia Miembro paga 100% del precio descontado para medicamentos que no están cubiertos en el formulario	Genérico/Marca

	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
Tarifa Semanal	\$23.72	\$47.46	\$67.07

**Red de PPO:
PHCS**

Esto no es un contrato de seguro. Los beneficios de indemnidad son proporcionados por medio de Fidelity Security Life Insurance Company. Esto es un sumario breve de un plan de seguro de indemnidad médico de grupo limitado diseñado para asistirle en el proceso de comparar varias opciones de seguro médico. Esto no es un plan de seguro médico mayor y no está diseñado para reemplazar, proveer, o modificar un seguro médico mayor. Algunas provisiones, beneficios, y exclusiones o limitaciones enumeradas pueden variar dependiendo en el estado de residencia.

Beneficios Adicionales Incluidos - Estos No Son Beneficios de Seguro

- Red Nacional de PPO
- Servicio al Cliente
- Programa de Avocación para Pacientes
- Citas Médicas por Teléfono



*El Plan de OptiMed Plan es un plan médico limitado que se empaqueta con ciertos beneficios no-asegurados, incluyendo red de PPO.

Accesos: Nótese: El beneficio de Examen de Audición, Seguro de Vida Temporal/AD&D y Beneficio de Indemnidad de Seguro para Medicamentos de Prescripción son opcionales y se pueden declinar si un grupo solicita que se eliminen las coberturas. Administrado por United Group Programs, Inc. Seguro de vida temporal, AD&D y beneficios médicos suscritos por Fidelity Security Life Insurance Company, Kansas City, MO 64111 Formas de Póliza: M-6012/M-6014/M-9114/M-9118/M-9091/M-9096. Pólizas: LM-150/LM-151/IP-106/IP-107/HC-104/HC105. Algunos estados requieren un mínimo de 51+ empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una oferta, por favor confirme con su Representante de Ventas de Grupo de OptiMed para cerciorarse que el programa ofrecido está apropiado par el estado previsto. Este no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material a de ser presentado sin la aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada sobre disponibilidad en el estado, guías de suscritos, guía del agente, tamaño mínimo de grupo, y requerimientos de participación. El programa de OptiMed no está disponible en todos los estados, incluyendo Washington. Por favor confirme con su Representante de Ventas de Grupo de OptiMed que el programa está disponible en el estado o estados en cuales usted puede tener un interés de ofrecer OptiMed.

OPCIONES DE BENEFICIOS DE OPTIMED DISPONIBLES-(Todos los máximos de beneficios médicos son por persona/por periodo de beneficios, periodo de beneficios por año de calendario a menos que sea declarado)	Beneficios
Beneficio de Visitas de Consultorio Médico - Generales y Especialistas - 12 días por periodo de beneficios	\$80 por día
Beneficio de Sala de Emergencia por Enfermedad – Máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$75 por día
Beneficio de Cuidado Preventivo - Máximo por día calculado por edad Menor de 1 - Máximo de 4 días por periodo de beneficios Mayor de 1 - Máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$150 por día
Beneficio de Examen de Audición- El beneficio es pago una vez por un período de 24 meses consecutivos por asegurado y esposo/a dependiente y una vez por un período de 12 meses consecutivos por hijo/a dependiente	\$70 examen
Exámenes de Diagnóstico de Laboratorio - máximo de 5 días por periodo de beneficios	\$60 por día
Exámenes de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios - máximo de 3 días por periodo de beneficios	\$60 por día
Beneficio de Sala de Emergencia por Lesión - Para tratamiento de emergencia realizado durante las primeras 72 horas del accidente máximo de 3 días por persona por periodo de beneficios	\$1,000 por día
Cirugía Planificada – Pacientes Hospitalizados - Máximo de 2 días por periodo de beneficios	\$1,500 por día
• Cirugía Planificada – Pacientes Ambulatorios - Máximo de 2 días por periodo de beneficios	\$750 por día
• Anestesiología - Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios	20% del Beneficio Quirúrgico
Indemnidad para Confinamiento en Hospital (Enfermedades y Accidentes) - Requiere 24 horas de estadía	\$1,000 por día
• Cuidado Intensivo – Máximo de 30 días por periodo de beneficios (Se paga sobre el Beneficio de Indemnidad para Confinamiento en Hospital)	\$1,000 por día
• Enfermería Especializada - Estadía en un centro de enfermería especializada en los primeros 14 días después de 3+ días de hospitalización/120 días máximo de por vida	\$500 por día
Seguro de Vida Temporal / AD&D	\$20,000/\$20,000
Dependientes – Seguro de Vida Temporal Solamente	
• Esposa/o	\$10,000
• Hijos 6 meses - 19 (25 para estudiante de tiempo completo)	\$5,000
• Infantes 14 días - 6 meses	\$500
Indemnidad de Seguro para Medicamentos de Prescripción Máximos Anuales: \$2,500 por asegurado - Subseptible al Formulario de Medicamentos Costo puede variar por nivel de Formulario y Farmacia Miembro paga 100% del precio descontado para medicamentos que no están cubiertos en el formulario	Genérico/Marca

	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
Tarifa Semanal	\$35.83	\$73.70	\$104.74

Red de PPO:
PHCS

Esto no es un contrato de seguro. Los beneficios de indemnidad son proporcionados por medio de Fidelity Security Life Insurance Company. Esto es un resumen breve de un plan de seguro de indemnidad médico de grupo limitado diseñado para asistirle en el proceso de comparar varias opciones de seguro médico. Esto no es un plan de seguro médico mayor y no está diseñado para reemplazar, proveer, o modificar un seguro médico mayor. Algunas provisiones, beneficios, y exclusiones o limitaciones enumeradas pueden variar dependiendo en el estado de residencia.

Beneficios Adicionales Incluidos - Estos No Son Beneficios de Seguro

- Red Nacional de PPO
- Programa de Avocación para Pacientes
- Servicio al Cliente
- Citas Médicas por Teléfono



*El Plan de OptiMed Plan es un plan médico limitado que se empaqueta con ciertos beneficios no-asegurados, incluyendo red de PPO.

Accesos: Nótese: El beneficio de Examen de Audición, Seguro de Vida Temporal/AD&D y Beneficio de Indemnidad de Seguro para Medicamentos de Prescripción son opcionales y se pueden declinar si un grupo solicita que se eliminen las coberturas. Administrado por United Group Programs, Inc. Seguro de vida temporal, AD&D y beneficios médicos suscritos por Fidelity Security Life Insurance Company, Kansas City, MO 64111 Formas de Póliza: M-6012/M-6014/M-9114/M-9118/M-9091/M-9096. Pólizas: LM-150/LM-151/IP-106/IP-107/HC-104/HC105. Algunos estados requieren un mínimo de 51+ empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una oferta, por favor confirme con su Representante de Ventas de Grupo de OptiMed para cerciorarse que el programa ofrecido está apropiado par el estado previsto. Este no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material a de ser presentado sin la aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada sobre disponibilidad en el estado, guías de suscritos, guía del agente, tamaño mínimo de grupo, y requerimientos de participación. El programa de OptiMed no está disponible en todos los estados, incluyendo Washington. Por favor confirme con su Representante de Ventas de Grupo de OptiMed que el programa está disponible en el estado o estados en cuales usted puede tener un interés de ofrecer OptiMed.



Ability360 Forma de Inscripción
Envíe esta forma por telefax directamente
a Ability360 al 602-528-3422

4 Terry Drive, Suite 1, Newtown, PA 18940
 Phone: (800) 482-8770

Número de Póliza: LM-108/LM-112/LM-116/LM-117

Por Favor Seleccione	Cobertura Afectada
Adición <input type="checkbox"/>	Cobertura Médica <input type="checkbox"/>
Cambio <input type="checkbox"/>	
Terminación <input type="checkbox"/>	

No cambie la cobertura existente

Forma de Inscripción de Empleados para los Planes de Salud de Cobertura Limitada de Indemnización Médica de OptiMed

Información (Por favor usar lapicero)

Plan Seleccionado:		<input type="checkbox"/> Preferred Care Plus	<input type="checkbox"/> Premier Care	
Cobertura Médica (check one):	<input type="checkbox"/> Empleado Solo	<input type="checkbox"/> Empleado + 1 Dependiente	<input type="checkbox"/> Familia	
Nombre: (Apellido) (Nombre) (Inicial)		No. de Seguro Social:	No. Telefónico:	
Dirección: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)		Mejor Hora del Día para Llamar: (Casa) (Trabajo)		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Ocupación: (Título e Industria)	Fecha de Nacimiento: / /	
Nombre del Grupo:	Localización:	Teléfono del Trabajo: ()	Dirección de Correo Electrónico:	
Beneficiario: (Apellido) (Nombre) (Inicial)		Relación:	Fecha de Empleo: / /	

Información de Dependientes (Completar solamente para Dependientes cubiertos bajo éste plan)

Nombre del Dependiente: (Nombre y Apellido)	Sexo:	Fecha de Nacimiento:	No. de Seguro Social:	Estudiante de Tiempo Completo:
Esposo/a:		/ /		
Hijo/a:		/ /		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hijo/a:		/ /		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

(Incluya una pagina separada para hijos adicionales)

Fecha Efectiva Deseada (marque uno):

- Yo recuento una fecha eficaz de _____ (debe ser el primer día del mes). Yo comprendo que no puedo cambiar esta fecha.
- Ninguna fecha, yo declino cobertura.

Declinación de Cobertura:

Esta sección debe de completarse si usted está declinando cobertura para usted mismo y/o sus Dependientes. Me han dado la oportunidad de solicitar seguro colectivo proveído por medio de Fidelity Security Life Insurance Company. La razón por la cual no estoy solicitando cobertura es: _____
 Entiendo que la fecha eficaz de cobertura par mi y/o mis Dependientes puede no estar disponible hasta el próximo Periodo de Inscripción Abierta si yo deseara aplicar mas adelante en otra fecha a menos de que no me incluyan como un Participante Atrasado según la definición en la Póliza, o si solicito cobertura durante el Periodo Anual de Inscripción Abierta.

FIDELITY SECURITY LIFE INSURANCE COMPANY Kansas City, Missouri 64111

He revisado ésta forma y represento que la información proveída es la verdad y está completa.

Reconozco y convengo que el plan de seguro presentado y solicitado no es una póliza de seguro medico mayor; los beneficios de seguro incluidos en el plan son limitados.

Represento por este medio que he revisado el aviso de fraude (si es aplicable) incluido con ésta aplicación para mi estado de residencia.

Firmado en _____ en el _____ día de _____, 20____.

(Ciudad y Estado) (Día) (Mes) (Año)

Firma (del guardián si es menor de 18 años) FIRMA DEL APLICANTE - IMPRIMIR NOMBRE

Fecha
M-6004/M-6005

FRAUD WARNING NOTICE

<p>For Residents of All States (except the following):</p>	<p>Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may be guilty of insurance fraud.</p>
<p>Arkansas</p>	<p>Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.</p>
<p>Colorado</p>	<p>It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.</p>
<p>District of Columbia</p>	<p>Warning: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the Applicant.</p>
<p>Florida</p>	<p>Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony in the third degree.</p>
<p>Kentucky</p>	<p>Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.</p>
<p>Tennessee</p>	<p>It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.</p>
<p>Nebraska</p>	<p>Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may be guilty of insurance fraud.</p>
<p>New Jersey</p>	<p>Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.</p>
<p>New Mexico</p>	<p>Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.</p>
<p>Pennsylvania</p>	<p>Any person who, knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person, files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.</p>



EXCLUSIONES

Indemnización Médica Limitada

La póliza no ofrece beneficios para ninguno de los siguientes casos:

1. suicidio o intento de suicidio, mientras se esté o no en sano juicio (en Colorado, Missouri o Montana, en sano juicio);
2. cualquier enfermedad o lesión autoinfligida intencionalmente o cualquier intento de ello (en Colorado, Missouri o Montana, en su sano juicio);
3. Cuidados y tratamientos de descanso o rehabilitación, excepto como ofrecido específicamente bajo el beneficio de Enfermería Especializada;
4. embarazo de dependiente menor de edad, excepto complicaciones de embarazo;
5. cuidado de rutina de recién nacido, excepto si se provee específicamente en el Beneficio de Bienestar;
6. aborto voluntario, excepto cuando es médicamente necesario para salvar la vida de la persona asegurada;
7. participación en una revuelta, insurrección, rebelión, conmoción civil, desobediencia civil o reunión ilegal. Para fines de esta exclusión, “participación” significa tomar parte activamente al igual que otros; “revuelta” significa cualquier uso o amenaza de uso de fuerza, violencia o disturbio por tres o más personas sin poseer la autoridad conferida por ley. Esto no incluye una pérdida que ocurra mientras se actúa legalmente en el ámbito de su competencia;
8. cometer, intentar cometer o participar en un delito grave, agresión o asalto, o involucrarse en una ocupación ilegal;
9. cualquier lesión que ocurra mientras la persona asegurada está intoxicada (cuando el contenido de alcohol en la sangre cumple la presunción de intoxicación legal del estado donde ocurrió la lesión);
10. tratamiento por cualquier ingestión voluntaria de veneno o inhalación de gas, o consumo voluntario de cualquier droga, sedante o narcótico, a menos que lo haya prescrito un médico y se haya consumido según la dosis prescrita;
11. cuidado o tratamiento dental, excepto:
 - a. cuidado o tratamiento debido a una lesión en un diente natural sano tratado dentro de los 12 meses de ocurrido accidente;
 - b. tratamiento necesario debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento;
 - c. extracción de terceros molares retenidos, o
 - d. reducción abierta o cerrada de fracturas o mandíbula dislocada;
12. cambios de sexo;
13. la reversión de ligadura de trompas o vasectomías;
14. volando o descendiendo de cualquier aeronave o transporte aéreo, excepto como pasajero regular pagando pasaje en alguna aeronave comercial regularmente programada volando entre aeropuertos establecidos en una ruta regularmente programada;
15. lesión física accidental ocurrida mientras se cumplía servicio activo a tiempo completo en cualquier Fuerza armada de cualquier país o autoridad internacional (cualquier prima pagada se devolverá por la compañía prorrateada para cualquier periodo de servicio activo);
16. guerra declarada o no declarada o actos de esta;
17. herida o enfermedad producto de cualquier ocupación, o durante esta, por compensación, salario o beneficios a los que la persona asegurada tiene derecho según la Ley de Enfermedad Ocupacional o cualquier ley similar, se hayan hecho o no solicitudes de tales beneficios;
18. atención médica, servicios o suministros provistos fuera de los Estados Unidos de América o sus territorios;
19. tratamiento de obesidad, reducción de peso o control dietético; excepto obesidad mórbida o etiología de la enfermedad;
20. reclusión, atención o servicios incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de la persona asegurada o que comience después de la terminación de la cobertura;
21. reclusión, atención o servicios provistos por cualquier agencia o programa financiados por el gobierno local, estatal o federal. Esto no se aplica a Medicaid o donde está prohibido por ley;
22. tratamiento o reclusión que no son médicamente necesarios; o
23. cualquier tratamiento o reclusión no específicamente cubiertos en el Formulario de Beneficios.

Información: Ciertos estados requieren un mínimo de 51+ empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor chequee con su representante de ventas de OptiMed para estar seguro de que el programa que se propone es apropiado para el estado de que se trate. Esta no es una oferta para venta. No debe ofrecerse este material sin la expresa aprobación OptiMed y cualquier oferta estará basada en la disponibilidad del estado, orientaciones de suscripción, guía del agente y tamaño mínimo del grupo, así como requisitos satisfactorios para la participación. El programa OptiMed no está disponible en todos los estados, incluyendo Alaska, Montana y el estado de Washington. Por favor, chequee con su Representante de Ventas para Grupos de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el (los) estado(s) que usted pudiera tener interés en ofrecer OptiMed.



Exclusiones de la Póliza de Examen Auditivo

Los beneficios de Examen Auditivo no son pagaderos para servicios, procedimientos, tratamientos o materiales que son:

1. provistos libres de cargo a falta de seguro;
2. pagaderos por cualquier ley de Compensación del Trabajador o autoridad similar estatutaria;
3. pagaderos por cualquier plan o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de ellos, excepto en caso de beneficios de asistencia médica según el Título XIX de la Ley de Seguro Social (Medicaid);
4. por tratamiento médico y/o quirúrgico del oído o estructuras de apoyo;
5. provistos por un distribuidor de audífonos para sordos;
6. requeridos por un empleador como condición de empleo;
7. no prescritos por un médico o audiólogo.

Pólizas Nros. HC-104/HC-105. Formularios de Póliza Nros. M-9091/M-9096.

Exclusiones de Seguro de Vida a Término y Cláusulas AD&D

Suicidio en sano juicio o sin él no está cubierto por el Beneficio de Seguro de Vida a Término por dos años (uno en Colorado, Missouri o Dakota del Norte) desde la fecha de entrada en vigor de la persona asegurada. En tal caso, la compañía pagará solamente un beneficio igual a la prima pagada.

No se pagará ningún beneficio por muerte accidental o desmembramiento causado o provocado por:

1. enfermedad, salud mental o física, diagnóstico médico o tratamiento quirúrgico;
2. infección, excepto infecciones piógenas resultado de una lesión física accidental o por ingestión accidental de una sustancia contaminada;
3. intento de suicidio o lesión, o enfermedad autoinfligida, mientras se esté o no en sano juicio (en sano juicio en Colorado o Missouri);
4. guerra declarada o no o actos de esta;
5. servicio militar para cualquier país u organización, incluyendo servicio con fuerzas militares como civil cuyos deberes no incluyen combatir; Guerra o cualquier acto de guerra, sea declarada o no. Tras notificación a la Compañía de entrada en las fuerzas armadas, la Compañía devolverá al asegurado prorrata de cualquier prima pagada, menos cualquier beneficio pagado por cualquier periodo durante el cual el asegurado esté en dicho servicio;
6. participación en una revuelta o insurrección. "Participación" significa tomar parte activamente al igual que otros. "Revuelta" significa cualquier uso o amenaza de uso de fuerza o violencia por tres o más personas sin autoridad de ley;
7. comisión o intento de comisión de un delito grave, asalto o acto ilegal por parte del asegurado;
8. consumo voluntario de cualquier veneno, droga, sedante o narcótico o inhalación de cualquier tipo de gas a menos que hayan sido prescritos por un médico y usado según la dosis indicada; o
9. intoxicación legal, cuando el contenido de alcohol en la sangre del asegurado excede el límite legal del estado en el cual el accidente tuvo lugar;
10. una lesión en el trabajo que está cubierta por Compensación del Trabajador; o
11. participación en cualquier actividad no ocupacional en la que el asegurado se exponga a propósito a un mayor riesgo de recibir una lesión física accidentalmente. Estas actividades incluyen pero no se limitan a:
 - a. asegurar, rapelar, escalar (montañas, rocas);
 - b. volar aeronaves ultrafrágiles;
 - c. practicar ala delta, paracaidismo, buceo, parapente;
 - d. acrobacias y carreras de vehículos motorizados, dragster y demolición;
 - e. bungee jumping (puentismo);
 - f. cualquier actividad peligrosa para fines de exhibición; o
 - g. volar como piloto, miembro de tripulación o pasajero en cualquier aeronave, excepto como pasajero que paga pasaje en cualquier aeronave comercial, en un vuelo regular planificado, establecido entre aeropuertos en una ruta planificada regularmente.

Formulario Nro. R-02818

Información: Ciertos estados requieren un mínimo de 51+ empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor chequee con su representante de ventas de OptiMed para estar seguro de que el programa que se propone es apropiado para el estado de que se trate. Esta no es una oferta para venta. No debe ofrecerse este material sin la expresa aprobación OptiMed y cualquier oferta estará basada en la disponibilidad del estado, orientaciones de suscripción, guía del agente y tamaño mínimo del grupo, así como requisitos satisfactorios para la participación. El programa OptiMed no está disponible en todos los estados, incluyendo Alaska, Montana y el estado de Washington. Por favor, chequee con su Representante de Ventas para Grupos de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el (los) estado(s) que usted pudiera tener interés en ofrecer OptiMed.



Exclusiones y Limitaciones de Póliza de Medicamentos Prescritos Ambulatoriamente

Limitaciones Solamente para Medicinas Genericas

Límites de despacho y repeticiones autorizadas. Farmacia detallista: la cantidad menor correspondiente a 30 días de suministro o dosis unitarias especificadas.

Exclusiones

La póliza no ofrece beneficio alguno para lo siguiente:

1. ningún medicamento por receta no listado específicamente en el formulario;
2. ningún producto ni medicamento sin receta;
3. ningún medicamento sin exigencia de receta;
4. repeticiones de medicamentos en exceso del especificado por el médico que los recetó; o despachados después de un año de la fecha original de la receta;
5. ningún producto farmacéuticos habitualmente comercializado o de nueva comercialización con una nueva indicación aprobada por la FDA por un periodo de un año de tal aprobación para su indicación prevista;
6. ningún medicamento con advertencia “Cuidado – Limitado por Ley Federal para Uso Investigativo” o medicamento experimental;
7. ningún medicamento que la FDA ha determinado es contraindicado para el tratamiento específico;
8. medicamentos necesitados debido a condiciones causadas directa o indirectamente por una persona asegurada que participa en una revuelta u otro desorden civil; o en un acto un delito grave;
9. medicamentos necesitados debido a condiciones causadas directa o indirectamente por guerra declarada o no declarada o un acto de guerra; o fármacos suministrados a una persona asegurada durante servicio activo en cualquier fuerza armada;
10. ningún gasto relacionado con la administración de cualquier fármaco;
11. agujas o jeringas;
12. drogas o medicinas consumidas o administradas estando ingresado(a) o administrada en hospital o cualquier otra institución o consultorio de atención a la salud;
13. medicamentos cubiertos por Compensación de Trabajadores, Medicare u otro programa gubernamental;
14. drogas, medicinas o productos que no son médicamente necesarios; o
15. medicamentos de marca recetados.

Limitaciones de Medicinas Genéricas más Marca

Si un medicamento de marca recetado es dispensado solamente a solicitud de la persona asegurada en lugar del genérico disponible, la Compañía pagará el beneficio mostrado en la tabla de beneficios para la alternativa genérica.

Límites de despacho y repeticiones autorizadas. Farmacia detallista: la cantidad menor correspondiente a 30 días de suministro o dosis unitarias especificadas.

Exclusiones

La póliza no provee ningún beneficio para lo siguiente:

1. ningún medicamento por receta no listado específicamente en el formulario;
2. ningún producto ni medicamento sin receta;
3. ningún medicamento sin exigencia de receta;
4. repetición de medicamentos en exceso del especificado por el médico que los recetó; o despachados después de un año de la fecha original de la receta;
5. ninguno de los productos farmacéuticos habitualmente comercializados o de nueva comercialización con una nueva indicación aprobada por la FDA por un periodo de un año de tal aprobación para su prevista indicación;
6. ningún medicamento con advertencia “Cuidado – Limitado por Ley Federal para Uso Investigativo” o medicamentos experimentales;
7. ningún medicamento que la FDA ha determinado es contraindicado para el tratamiento específico;
8. medicamentos necesitados debido a condiciones causadas directa o indirectamente por una persona asegurada que participa en una revuelta u otro desorden civil; o en un acto un delito grave;
9. medicamentos necesitados debido a condiciones causadas directa o indirectamente por Guerra declarada o no declarada o un acto de Guerra; o fármacos suministrados a una persona asegurada durante servicio activo en cualquier Fuerzas Armada;
10. ningún gasto relacionado con la administración de fármaco alguno;
11. agujas o jeringas;
12. drogas o medicinas consumidas o administradas estando ingresado(a) o administrada en hospital o cualquier otra institución o consultorio de atención a la salud;
13. medicamentos cubiertos por Compensación de Trabajadores, Medicare u otro programa gubernamental; o
14. drogas, medicinas o productos que no son médicamente necesarios.

Pólizas Nros. IP-106/IP-107. Formularios de Póliza Nros. M-9114/M-9118.

Información: Ciertos estados requieren un mínimo de 51+ empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor chequee con su representante de ventas de OptiMed para estar seguro de que el programa que se propone es apropiado para el estado de que se trate. Esta no es una oferta para venta. No debe ofrecerse este material sin la expresa aprobación OptiMed y cualquier oferta estará basada en la disponibilidad del estado, orientaciones de suscripción, guía del agente y tamaño mínimo del grupo, así como requisitos satisfactorios para la participación. El programa OptiMed no está disponible en todos los estados, incluyendo Alaska, Montana y el estado de Washington. Por favor, chequee con su Representante de Ventas para Grupos de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el (los) estado(s) que usted pudiera tener interés en ofrecer OptiMed.