

Optimum

Health Saver
Seguro de Indemnización Hospitalaria



¡Aquí empieza su enfoque *óptimo* en la atención de la salud!

Si desea un plan asequible que le dé libertad de elección y le ayude a pagar por atención de calidad a un precio justo, no busque más que el plan PAL's Optimum Health Saver. Este plan ayuda a particulares, familias y pequeñas empresas a obtener resultados óptimos a lo largo de su recorrido con la asistencia de la salud, ofreciéndoles beneficios fijos, libertad de elección y un equipo asistencial de apoyo.

Este formulario (H-0434) se considera un plan de beneficios exceptuado conforme al Affordable Care Act y está aprobado por el Departamento de Seguros de su estado. Este plan no cumple con los requisitos del Affordable Care Act.

¿Cansado de los planes de salud tradicionales? Descubra nuestro enfoque Óptimo.

Aquí en PAL, nuestro objetivo es proporcionar un enfoque alternativo a la asistencia de salud fuera del mundo de copagos, coseguros, deducibles altos y redes restrictivas de seguros tradicionales. Ayudamos a los consumidores a ahorrar en atención de la salud de calidad y también a pagarla.



Características del Plan Optimum



Beneficios ambulatorios fijos al primer dólar.

Este plan proporciona beneficios fijos que pagan al primer dólar para la atención ambulatoria. Esto significa que pagamos por la atención en el mismo momento en que se produce un evento asegurable, eliminando la presión financiera de tener que lidiar con copagos, coseguros y deducibles.



Beneficios fijos por hospitalización.

Este plan ayuda a pagar más allá de los cuidados cotidianos que todos necesitamos. También ofrece beneficios para estancias hospitalarias y otros servicios de hospitalización.



Atención virtual desde la comodidad de su hogar o dondequiera que se encuentre.

Para nosotros, la atención virtual es imprescindible. Por eso la incluimos en este plan sin costo adicional para usted. Usando la atención virtual le permite evitar las largas filas, la sala de espera y una factura médica sorpresa, mejorando sus los resultados de su salud y ayudando a su bolsillo.



Herramientas de ahorro en la atención de la salud sin costo adicional.

¡Este plan proporciona acceso a las mejores y más exclusivas herramientas de ahorro en atención de la salud en la industria! Nuestras herramientas de ahorro son la base para encontrar atención médica de calidad a un precio justo.



Libertad de elegir.

Creemos que usted está en su derecho de acudir al médico que desee. Así que, tanto si elige un proveedor dentro o fuera de la red, no nos importa. Este plan paga los mismos beneficios establecidos para la atención elegible que reciba, dándole la libertad de elegir la atención que mejor se adapte a sus necesidades y a su presupuesto.

El Plan Optimum Diseñado Sólo Para Usted.

Todos los planes pagan beneficios fijos por los servicios cubiertos por la atención de la salud. Diseñe un plan que se ajuste a sus necesidades por la atención de la salud y a su presupuesto.



Elija un Nivel de Beneficio

Value
(Una Unidad)

Plus
(Dos Unidades)

Preferred
(Tres Unidades)



Elija un Deducible por Confinamiento

\$5,000

\$2,500

\$1,000

\$500

El Deducible por Confinamiento se aplica a cada Asegurado con un máximo de tres deducibles por Año Calendario. El Deducible por Confinamiento sólo se aplica en determinados beneficios de hospitalización como se indica en el folleto.



Elija un Máximo Año Calendario (CYM)

\$250,000

\$500,000

\$1,000,000

Un Año Calendario es el periodo entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre del mismo año.



Máximo Vitalicio por Póliza

\$5,000,000

Todos los planes incluyen un Máximo Vitalicio de \$5,000,000 por Póliza.

La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte con su agente para saber cuáles opciones tiene a su disponibilidad.

Tarifas de las Instalaciones

Value Plan
(Una Unidad)

Plus Plan
(Dos Unidades)

Preferred Plan
(Tres Unidades)

Estadías Hospitalarias Los beneficios por hospitalización sólo se pagan cuando el confinamiento es de 24 horas o más. Los beneficios son pagables según el día del Año Calendario de cualquier confinamiento cubierto combinado (consulte el ejemplo de la página 13.)

		Por Día	Por Día	Por Día
Beneficio de Primer Día de Admisión en el Hospital		\$1,000 1 por año	\$2,000 1 por año	\$3,000 1 por año
Beneficio de Hospitalización por Lesión <i>Se aplica el Deducible Por Confinamiento por Año Calendario.</i>	Año Calendario Día 1	Por Día \$3,500	Por Día \$7,000	Por Día \$10,500
	Año Calendario Día 2	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 3	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 4	\$2,750	\$5,500	\$8,250
	Año Calendario Días 5+	\$2,000	\$4,000	\$6,000
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad <i>Se aplica el Deducible Por Confinamiento por Año Calendario.</i>	Año Calendario Día 1	Por Día \$3,000	Por Día \$6,000	Por Día \$9,000
	Año Calendario Día 2	\$3,000	\$6,000	\$9,000
	Año Calendario Día 3	\$3,000	\$6,000	\$9,000
	Año Calendario Día 4	\$2,250	\$4,500	\$6,750
	Año Calendario Días 5+	\$1,500	\$3,000	\$4,500
Beneficio de Confinamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) por Lesión o Enfermedad <i>Se aplica el Deducible Por Confinamiento por Año Calendario. Una vez que se cumple el máximo beneficio del ICU, el plan paga el Beneficio de Hospitalización Diario.</i>	Año Calendario Día 1	Por Día \$3,500	Por Día \$7,000	Por Día \$10,500
	Año Calendario Día 2	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 3	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 4	\$2,750	\$5,500	\$8,250
	Año Calendario Días 5+	\$2,000 12 días por año	\$4,000 16 días por año	\$6,000 20 días por año
Beneficio de 24 Horas de Confinamiento en Observación por Lesión <i>Se aplica el Deducible Por Confinamiento por Año Calendario.</i>	Año Calendario Día 1	Por Día \$3,500	Por Día \$7,000	Por Día \$10,500
	Año Calendario Día 2	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 3	\$3,500	\$7,000	\$10,500
	Año Calendario Día 4	\$2,750	\$5,500	\$8,250
	Año Calendario Días 5+	\$2,000	\$4,000	\$6,000
Beneficio de 24 Horas de Confinamiento en Observación por Enfermedad <i>Se aplica el Deducible Por Confinamiento por Año Calendario.</i>	Año Calendario Día 1	Por Día \$3,000	Por Día \$6,000	Por Día \$9,000
	Año Calendario Día 2	\$3,000	\$6,000	\$9,000
	Año Calendario Día 3	\$3,000	\$6,000	\$9,000
	Año Calendario Día 4	\$2,250	\$4,500	\$6,750
	Año Calendario Días 5+	\$1,500	\$3,000	\$4,500
Beneficio Hospitalario por Confinamiento por Enfermedad Mental		Por Día \$200	Por Día \$400	Por Día \$600

Rehabilitación Hospitalaria y Estadías de Enfermería Especializada (Skilled Nursing)

Los beneficios por hospitalización se pagan cuando el confinamiento es de 24 horas o más.

Beneficio de Rehabilitación o Confinamiento en Centro de Enfermería Especializada <i>No incluye trastornos mentales; los trastornos mentales están cubiertos por un beneficio distinto.</i>	Por Día \$750	Por Día \$1,500	Por Día \$2,250
---	------------------	--------------------	--------------------

Todos los beneficios se pagan por persona por Año Calendario, a menos que se indique lo contrario.

La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte la póliza de su estado para obtener más información.

Tarifas de las Instalaciones Continuación	Value Plan (Una Unidad)	Plus Plan (Dos Unidades)	Preferred Plan (Tres Unidades)
Tratamiento Ambulatorio del Cáncer			
Beneficio de Radioterapia, Quimioterapia e Inmunoterapia Ambulatoria para Cáncer	Por Día \$750 \$40,000 por año	Por Día \$1,500 \$40,000 por año	Por Día \$2,250 \$40,000 por año
Beneficios Quirúrgicos Ambulatorios <i>Los beneficios quirúrgicos adicionales se pagan bajo los Servicios Profesionales.</i>			
Beneficio de Centro Hospitalario Ambulatorio o Centro Quirúrgico Ambulatorio por Cirugía Realizada Bajo Anestesia General¹	Por Día \$1,500 <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día \$3,000 <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día \$4,500 <i>Vea el máximo¹</i>
Beneficio de Centro Hospitalario Ambulatorio o Centro Quirúrgico Ambulatorio por Cirugía que no Requiere Anestesia General¹	Por Día \$750 <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día \$1,500 <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día \$2,250 <i>Vea el máximo¹</i>
Beneficios de Servicios Profesionales	Value Plan (Una Unidad)	Plus Plan (Dos Unidades)	Preferred Plan (Tres Unidades)
Visitas Hospitalarias			
Beneficios por Servicios del Médico Hospitalario (Excluidas los servicios Quirúrgicos)	Por Día Días 1 - 6 \$80 Días 7+ \$40 <i>12 días por año</i>	Por Día Días 1 - 8 \$120 Días 9+ \$60 <i>16 días por año</i>	Por Día Días 1 - 10 \$160 Días 11+ \$80 <i>20 días por año</i>
Beneficio de Patólogo o Radiólogo Hospitalario	Por Día \$80	Por Día \$160	Por Día \$240
Beneficios Quirúrgicos <i>Beneficios quirúrgicos adicionales se pueden encontrar en la sección de Tarifas de las Instalaciones.</i>			
Beneficio Quirúrgico Cuando se Realiza en un Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio¹	Por Día 1 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 2 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 3 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>
Beneficio del Cirujano Asistente¹	Por Día 1 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 2 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 3 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>
Beneficio de Anestesia¹	Por Día 1 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 2 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>	Por Día 3 X Programa Quirúrgico <i>Vea el máximo¹</i>

Todos los beneficios se pagan por persona por Año Calendario, a menos que se indique lo contrario.

La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte la póliza de su estado para obtener más información.

¹El máximo por Año Calendario para los Beneficios Quirúrgicos es de \$50,000. El Programa Quirúrgico se encuentra en la Póliza.

Beneficios de Servicios Ambulatorios	Value Plan (Una Unidad)	Plus Plan (Dos Unidades)	Preferred Plan (Tres Unidades)
Servicios Ambulatorios Máximo Agregado por Año Calendario	\$2,000	\$4,000	\$6,000

Consulta Con el Médico *Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.*

Beneficio por Consulta Con el Médico²	Por Día Días 1 - 6 \$80 Días 7+ \$40 12 días por año Vea el maximo ²	Por Día Días 1 - 8 \$120 Días 9+ \$60 16 días por año Vea el maximo ²	Por Día Días 1 - 10 \$160 Días 11+ \$80 20 días por año Vea el maximo ²
Beneficios de Quiropráctico²	Por Día \$80 4 días por año Vea el maximo ²	Por Día \$120 5 días por año Vea el maximo ²	Por Día \$160 6 días por año Vea el maximo ²

Servicios de Terapia *Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.*

Therapy Benefit <i>Incluye, entre otros, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.</i>	Por Día \$40 12 días por año	Por Día \$60 16 días por año	Por Día \$80 20 días por año
---	---	---	---

Radiología Médica y Pruebas Médicas *Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.*

Beneficio de Radiología por MRI, PET, CAT Scan y Pruebas Nucleares	Por Día \$240	Por Día \$480	Por Día \$720
Beneficio de Radiología para Radiografías y Otras Pruebas Diagnósticas	Por Día \$80 4 días por año	Por Día \$160 4 días por año	Por Día \$240 4 días por año

Otros Servicios Médicos *Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.*

Beneficio Quirúrgico Cuando se Realiza en el Consultorio de un Médico o Especialista	Por Día \$100 2 días por año	Por Día \$200 2 días por año	Por Día \$300 2 días por año
Beneficio de Laboratorio	Por Día \$40 4 días por año	Por Día \$80 4 días por año	Por Día \$120 4 días por año
Beneficio de Inyección	Por Día \$10	Por Día \$20	Por Día \$30

Todos los beneficios se pagan por persona por Año Calendario, a menos que se indique lo contrario.

La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte la póliza de su estado para obtener más información.

²Existe un límite máximo combinado para los Beneficios de Médico y Quiropráctico, que incluye hasta 20 días para los Planes de Tres Unidades, hasta 16 días para los Planes de Dos Unidades y hasta 12 días por el Plan de Una Unidad por Año Calendario.

Beneficios de Servicios Ambulatorios Continuación	Value Plan (Una Unidad)	Plus Plan (Dos Unidades)	Preferred Plan (Tres Unidades)
Servicios Ambulatorios Máximo Agregado por Año Calendario	\$2,000	\$4,000	\$6,000

Cuidado Preventivo La cobertura del Cuidado Preventivo empieza 60 días después de la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado. Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.

Beneficio de Mamografía		Per Año \$250	
Beneficio de Colonoscopia sin Hallazgo Pólipos <i>Si se detectan pólipos, las colonoscopias se pagan en virtud de los beneficios de cirugía ambulatoria elegibles.</i>	Años de la Póliza 1 - 3 Años de la Póliza 4+	Por Año Cada Tres Años \$600 \$750	
Otros Beneficios de Servicios Cuidados Preventivos		Por Año \$125	

Servicios de Prescripción Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.

Beneficio de Prescripción de Marca	Por Rx \$10	Por Rx \$20	Por Rx \$30
Beneficio de Prescripción Genérica	Por Rx \$5	Por Rx \$10	Por Rx \$15

Servicios del Centro de Urgencias y Departamento de Emergencias Los beneficios sólo se pagan por servicios realizados de forma ambulatoria.

Beneficio de Centro de Urgencia (Urgent Care)³		Por Día \$150 <i>4 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>	Por Día \$200 <i>4 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>	Por Día \$250 <i>4 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>
Beneficio de Departamento o Cuarto de Emergencias³	Tarifa de las Instalaciones Servicios Profesionales	Por Día \$50 \$50 <i>2 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>	Por Día \$100 \$100 <i>2 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>	Por Día \$200 \$150 <i>2 días por año</i> <i>Vea el maximo³</i>
Beneficio de Ambulancia por Transporte Aéreo		Por Día \$1,000 <i>1 día por año</i>		
Beneficio de Ambulancia por Transporte Terrestre		Por Día \$500 <i>2 días por año</i>		

Todos los beneficios se pagan por persona por Año Calendario, a menos que se indique lo contrario.

La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte la póliza de su estado para obtener más información.

³Existe un límite máximo combinado para los Beneficios de Centro de Urgencia y Departamento de Emergencias que incluye hasta 4 días por Año Calendario.

Opcional Critical Illness Rider

Beneficios de Critical Illness
Disponible en incrementos de \$5,000.

\$10,000 - \$50,000

Una enfermedad inesperada puede traer problemas financieros inesperados. Nuestro Critical Illness Rider puede ayudarle.

- ✓ Provee una suma de pago fijo tras el diagnóstico de una enfermedad cubierta.
- ✓ El beneficio puede ser utilizado para ayudar a pagar las facturas médicas, o puede ser utilizado para ayudar a cubrir los gastos no médicos, como gastos de viaje, cuidado de niños, alimentos, pagos de la hipoteca, etc.
- ✓ Condiciones cubiertas incluye:
 - ✓ Accidente cerebrovascular
 - ✓ Cirugía de Bypass Coronario
 - ✓ Angioplastia
 - ✓ Cáncer (Cáncer Interno)
 - ✓ Carcinoma no invasivo in situ
 - ✓ Infarto de miocardio
 - ✓ Implante de marcapasos
 - ✓ Insuficiencia Renal Terminal
 - ✓ Trasplante de órgano principal



La disponibilidad, exclusiones y limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte la póliza de su estado para obtener más información. Los beneficios para determinadas Condiciones Cubiertas pueden verse reducidos. Pueden aplicarse periodos de espera, enfermedades preexistentes y otras restricciones.

Preguntas Frecuentes

¿Qué es un plan de indemnización hospitalaria?

Los planes de indemnización hospitalaria pagan cantidades fijas por el cuidado sin importar lo que cobre el proveedor. Si el costo del cuidado es inferior al beneficio de indemnización, el asegurado se queda con la diferencia. Si el costo del cuidado excede el beneficio de indemnización, el asegurado se hace cargo de los gastos restantes.

¿Es un plan del Affordable Care Act (ACA)?

No, este plan es una alternativa a la ACA y no cumple los requisitos de la ACA.

¿Hay co-pagos?

Este plan no tiene copagos. Los gastos que superen el valor del beneficio son responsabilidad del asegurado.

¿Tiene un deducible?

Para los servicios ambulatorios, este plan no tiene deducible; los beneficios establecidos se pagan de inmediato por los servicios cubiertos. El deducible sólo se aplica a los beneficios de Confinamiento Hospitalario.

¿Existe un periodo de espera?

Los beneficios están cubiertos desde el primer día, excepto los cuidados preventivos (periodo de carencia de 60 días) y las enfermedades preexistentes (periodo de carencia de 12 meses), tal y como se indica en la Póliza.

¿Cubre este plan enfermedades preexistentes?

Las condiciones preexistentes no están cubiertas durante los 12 primeros meses de vigencia de la Póliza. Para más información sobre las condiciones preexistentes, consulte la página de Limitaciones y Exclusiones o revise la Póliza.

¿Existe una red y tengo que utilizarla?

Este plan le ofrece la libertad de elegir el doctor o centro que desee. Sin embargo, utilizar la red proporcionada puede resultar en ahorros significativos. Los beneficios del plan pagarán los mismos beneficios tanto si decide ir dentro o fuera de la red.

¿Cómo puedo encontrar proveedores en la red?

Visite www.neweralife.com. Seleccione la herramienta de búsqueda (Provider Search) de proveedores dentro del menú para ver los proveedores. Consulte siempre con el proveedor antes de concertar una cita, ya que la red puede cambiar en cualquier momento.

¿Y si quiero más cobertura?

PAL ofrece muchas opciones que puede ayudarle con las brechas. Desde la cobertura básica por accidente hasta la cobertura integral contra el cáncer, podemos ayudarle a obtener la cobertura asequible que necesita. Pida más información a su agente.

¿Cómo puedo reducir mis gastos de bolsillo en la atención de la salud?

Consultar a PAL antes de solicitar cuidado de salud, utilizar la telemedicina, buscar servicios y la utilización de la red son algunas de las muchas maneras de reducir los gastos de su bolsillo.

¿Cuándo me puedo inscribir?

Puede solicitarlo en cualquier momento del año.

¿Es este plan el adecuado para mí?

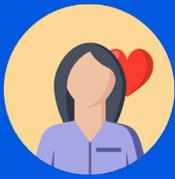
Nuestro Plan Optimum Health Saver Plan puede ser el adecuado para usted si:

- ✓ Está decidido a ser un consumidor de la atención de la salud informado y desea saber cómo sus decisiones pueden repercutir en sus gastos
- ✓ Quiere ahorrar dinero en las primas sin comprometer la calidad de la atención que recibe
- ✓ Entiendo que tendré que responder a preguntas relacionadas con la salud y someterme al proceso de suscripción
- ✓ Usted acepta que cualquier enfermedad preexistente no estará cubierta durante los 12 primeros meses



Herramientas de Ahorro

Ofrecemos algo más que beneficios de seguro. PAL en la atención de la salud le ofrece herramientas y recursos importantes para ayudarle a encontrar una atención de calidad a un precio justo. Nuestros herramientas de ahorro están incluidas sin ningún costo adicional.



Healthcare PALs

¡Su aliado cuando se trata del cuidado de la salud! Para aprovechar sus beneficios al máximo - y evitar facturas médicas sorpresas - llame a Healthcare PALs antes de recibir atención médica. Nuestro experto equipo de profesionales de reclamaciones, enfermeras y coordinadores de la atención de la salud le guiarán hacia una atención de calidad a un precio justo.



New Era Telehealth

Hable con un médico, 24/7/365, por \$0 con Atención de Urgencia Virtual. ¡Este plan proporciona visitas de atención de urgencia virtuales ilimitadas con médicos certificados sin ningún costo para usted! Hable con un médico, obtenga un diagnóstico e incluso una prescripción cuando sea necesaria, todo ello en cuestión de minutos. Los servicios adicionales de telehealth están disponibles a una tarifa especial para miembros e incluyen Atención Virtual de Dermatología, Asesoramiento Virtual y Atención Psiquiátrica.



First Health Network

¡Una oportunidad adicional para ahorrar! Este plan proporciona acceso al First Health Limited Benefit Plan (LBP) Network para obtener descuentos en servicios de atención de salud como visitas al médico, estadías en el hospital, análisis de laboratorio, y mucho más. Para buscar proveedores dentro de esta red, visite www.firsthealthlbp.com.



Concierge, impulsado por Healthcare Bluebook

¡Ahorre a lo grande en cirugías ambulatorias y otros servicios médicos! Considere a Concierge como su asistente personal de compras de servicios de salud: programa su atención médica, se encarga de los detalles e incluso agrupa los procedimientos en una sola factura. Con la ayuda personalizada de Concierge, evitará facturas inesperadas y maximizará el ahorro en la atención que necesita.



Fair Pricing Tool (Herramienta de Precios Justos), impulsado por Healthcare Bluebook

¡Deje de pagar precios elevados por los servicios del cuidado de la salud! El costo de los servicios de la salud varía considerablemente entre los distintos proveedores. Nuestro Fair Pricing Tool puede ayudarle a determinar el precio justo en su área. Así sabrá si está pagando de más por los servicios recibidos.



Medical Bill Eraser, impulsado por CareGuide

¡Defensores que se esfuerzan por ayudarle en la batalla contra las facturas médicas! ¿Necesita ayuda para afrontar una factura médica? Solicite ayuda al equipo de defensa de Medical Bill Eraser impulsado por CareGuide. Estos defensores de nivel mundial se dedican a luchar en su favor para reducir o posiblemente eliminar grandes facturas médicas utilizando tecnología innovadora y técnicas de negociación de expertos.⁴ Usted merece sentirse seguro de que se le facturó de forma justa y precisa por la atención que recibió.



La Aplicación Móvil de Benefit PAL

Su aliado cuando se trata de manejar la asistencia de la salud desde cualquier lugar. Acceda a las tarjetas de identificación, información sobre los beneficios, historial de reclamaciones y mucho más, todo ello en una única y cómoda ubicación.

⁴ Los servicios de Medical Bill Eraser impulsado por CareGuide sólo pueden ser utilizados para las facturas por gastos médicos fuera de su bolsillo de \$ 2,500 o más. Nota: Puede ser varias facturas relacionadas con un mismo evento médico.

¿Cómo Funciona Este Plan?

Se le pagará lo mismo por la atención de la salud elegible, independientemente del proveedor o centro que elija o de lo que cueste por recibir la atención. Si el costo por recibir la atención es menos que el total del beneficio de indemnización pagadero, el asegurado se quedará con la diferencia. Si, por el contrario, el costo por recibir la atención es superior al total del beneficio de indemnización pagadero, la diferencia será la responsabilidad del asegurado.

Primer Ejemplo: Consulta Médica con Análisis de Laboratorio

Este plan paga beneficios fijos por las visitas al médico y las pruebas de laboratorio.

Situación: Miguel tiene un Plan Plus (Dos Unidades). Él visita a su médico de atención primaria y se hace análisis de laboratorio.

Optimum Health Saver Paga

Beneficio Consulta Médica Día 1	\$120
Beneficio de Laboratorio	\$80
	<hr/>
	\$200

Segundo Ejemplo: Fractura de Brazo

Este plan paga beneficios fijos por la atención de emergencias, pruebas médicas y consultas con el médico.

Situación: Betty tiene un Plan Preferred (Tres Unidades). Ella sufre un accidente y se fractura el brazo.

Optimum Health Saver Paga

Beneficio del Establecimiento de la Sala de Emergencia	\$200
Beneficio de Servicios Profesionales de la Sala de Emergencia	\$150
Rayos X	\$240
Visita al Consultorio Posterior Día 1	\$160
Visita al Consultorio Posterior Día 2	\$160
Visita al Consultorio Posterior Día 3	\$160
Visita al Consultorio Posterior Día 4	\$160
Rayos X Posterior	\$240
	<hr/>
	\$1,470

Tercer Ejemplo: Visita al Centro de Urgencia con Prescripción

Este plan paga beneficios fijos por la atención de urgencia y prescripciones.

Escenario: Julia tiene un Plan Plus (Dos Unidades). Ella visita el Centro de Urgencia por un sarpullido y le recetan dos prescripciones genéricas.

Optimum Health Saver Paga

Beneficio de Centro de Urgencia	\$200
Beneficio de Prescripción Genérica	\$10
Beneficio de Prescripción Genérica	\$10
	<hr/>
	\$220

Cuarto Ejemplo: Estadías Hospitalaria (Primer Confinamiento Dentro del Año Calendario)

Este plan paga beneficios fijos para estadías hospitalarias. El Beneficio de Primer Día de Admisión en el Hospital se paga independientemente de que se haya cumplido el deducible por confinamiento. El deducible por confinamiento se reduce del total de beneficios pagables por confinamiento.

Situación: Javier tiene un Plan Preferred (Tres Unidades) con un Deducible por Confinamiento Hospitalaria de \$2,500. Se enferma de repente y se encuentra confinada a un hospital dentro de la red por siete días.

Optimum Health Saver Paga

Beneficio de Admisión de Primer Día	\$3,000
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 1	\$9,000
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 2	\$9,000
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 3	\$9,000
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 4	\$6,750
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 5	\$4,500
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 6	\$4,500
Beneficio de Hospitalización por Enfermedad Día 7	\$4,500
Deducible por Confinamiento	(\$2,500)
	\$47,750

Quinto Ejemplo: Estadías Hospitalarias (Segundo Confinamiento Dentro del Mismo Año Calendario)

Este plan paga beneficios fijos para estadías hospitalarias.

Situación: Javier, del cuarto ejemplo, vuelve a estar confinado en un hospital dentro del mismo Año Calendario, esta vez debido a una lesión. Debido a que su última hospitalización fue de siete días, sus beneficios por confinamiento son pagables a partir del día ocho de confinamiento por el Año Calendario. Para esta visita, permanece en el hospital tres días. Ya ha recibido su Beneficio de Primer Día de Admisión en el Hospital y ha cumplido con su Deducible por Confinamiento del Año Calendario.

Optimum Health Saver Paga

Beneficio de Hospitalización por Lesión Día 8	\$6,000
Beneficio de Hospitalización por Lesión Día 9	\$6,000
Beneficio de Hospitalización por Lesión Día 10	\$6,000
	\$18,000

¿Sabías que?

El costo promedio de hospitalización en los Estados Unidos es aproximadamente \$2,684 por día.⁵

⁵Gamble, M. (2023, April 19). Hospital expenses per inpatient day across 50 states (Gastos hospitalarios por día de hospitalización en los 50 estados). Becker's Hospital Review. (<https://www.beckershospitalreview.com/finance/hospital-expenses-per-inpatient-day-across-50-states-2023.html>)

Limitaciones y Exclusiones

Esta póliza proporciona beneficios sólo para los beneficios cubiertos identificados en la póliza. No pagaremos beneficios por siniestros que resulten, directa o indirectamente, de eventos o pérdidas relacionados con o resultantes de cualquiera de los siguientes:

1. Una enfermedad o lesión que es el resultado de una condición relacionada con el trabajo que es elegible para beneficios bajo las leyes de Worker's Compensation, Employers' Liability o similares, incluso cuando una persona cubierta no presenta una reclamación de beneficios. Esta exclusión no se aplicará a una persona cubierta que no esté obligada a tener cobertura en virtud de ninguna ley de Worker's Compensation, Employers' Liability o similar y no tenga dicha cobertura. No obstante, la persona cubierta debe recibir los servicios de acuerdo con la sección de beneficios de la póliza.
2. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada.
3. Participación en el servicio militar de cualquier país u organización internacional.
4. Tratamientos, servicios o suministros que: (a) no formen parte de un beneficio cubierto específicamente indicado en el programa de beneficios; (b) se deban a complicaciones de un servicio no cubierto; (c) se produzcan antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona cubierta o después de la fecha de finalización de la cobertura, salvo lo dispuesto en la cláusula de extensión de beneficios; (d) se proporcionen en un centro de salud para estudiantes o por o a través de un sistema escolar; o (e) se proporcionen sin costo alguno para una persona cubierta.
5. Anteojos, lentes de contacto, terapia visual, ejercicio o entrenamiento, cirugía, incluyendo cualquier complicación derivada de la misma, para corregir la agudeza visual, incluyendo, pero no limitado a, lasik y otras cirugías láser, servicios de queratotomía radial o cirugía para corregir el astigmatismo, la miopía y/o la hipermetropía (presbicia), y el cuidado de la visión que es de rutina.
6. Cuidado rutinario de la audición, cualquier dispositivo de audición artificial, implante coclear, prótesis auditivas u otros medios eléctricos, digitales, mecánicos o quirúrgicos para mejorar, crear o restaurar la comprensión auditiva.
7. Tratamiento/servicios para afecciones de los pies, incluidos, entre otros: (a) afecciones del pie plano; (b) dispositivos de apoyo para el pie, incluidos aparatos ortopédicos y calzado correctivo; (c) tratamiento de subluxaciones del pie; (d) callos, juanetes, durezas, uñas de los pies, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica del pie o dolencias sintomáticas de los pies; o, (e) cuidados higiénicos rutinarios de los pies.
8. Tratamiento dental, cuidados dentales de rutina, puentes, coronas, fundas, dentaduras postizas, implantes dentales u otras prótesis dentales, frenillos dentales o aparatos dentales, extracción de dientes, tratamiento de ortodoncia, quistes odontogénicos, cualquier otro tratamiento o complicación de los dientes y del tejido de las encías, salvo que esté cubierto por una lesión accidental.
9. Tratamiento de la TMJ y la CMJ, cualquier aparato, tratamiento médico o quirúrgico para la maloclusión (dientes que no se acoplan correctamente lo que crea un problema de mordedura), protrusión o recesión de la mandíbula (un mentón grande que provoca una submordida o un mentón pequeño que provoca una sobremordida), hiperplasia maxilar o mandibular (crecimiento excesivo del maxilar superior o inferior o hipoplasia maxilar o mandibular).
10. Tratamiento del abuso de sustancias, ya sea de origen orgánico o no orgánico, químico o no químico, biológico o no biológico e independientemente de la causa, fundamento o inducción, incluidos, entre otros, los fármacos y medicamentos para el tratamiento hospitalario o ambulatorio del abuso de sustancias.
11. Cualquier tratamiento, servicios, suministros, diagnóstico, fármacos, medicamentos o régimen, ya sea médica o quirúrgicamente, con el fin de controlar el peso de una persona cubierta o relacionados con la obesidad u obesidad mórbida, independientemente de que la reducción de peso esté o no recomendada por un profesional de la salud o sea apropiada, o independientemente de los beneficios potenciales para afecciones comórbidas, cirugía, tratamiento o programas de reducción o control de peso, cualquier tipo de cirugía de bypass gástrico, lipectomía por succión, programas de acondicionamiento físico, equipos de ejercicio o terapia de ejercicio, incluidas las visitas o servicios de afiliación a gimnasios, y asesoramiento nutricional.
12. Donación de órganos, tejidos o material celular por una persona cubierta, incluidas las visitas administrativas para el registro, la búsqueda informática de donantes compatibles, la tipificación preliminar del donante, el asesoramiento al donante, la identificación del donante y la activación del donante.
13. Exfoliaciones químicas, cirugía reconstructiva o plástica que no alivie un impedimento funcional y otras visitas de confinamiento o tratamiento que sean principalmente para un servicio cosmético.
14. Contracción capsular, aumento o mamoplastia de reducción, excepto para todas las fases y revisiones de la reconstrucción del seno tras una mastectomía realizada por un profesional médico, para el tratamiento del cáncer, incluida la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica y el tratamiento de linfedemas.
15. Extracción o sustitución de una prótesis, equipo médico duradero o equipo médico personal, excepto las prótesis mamarias internas tras una mastectomía realizada por un médico para el tratamiento de un cáncer y los servicios se reciben de acuerdo con la sección de beneficios.
16. Tratamiento, servicios o cirugía profilácticos incluyendo, pero no limitado a, mastectomía profiláctica o cualquier otro tratamiento, servicios o cirugía para prevenir que un proceso de enfermedad se manifieste en el órgano o tejido en una fecha posterior.
17. Treatment, services, and supplies for: (a) home health care; (b) hospice care; (c) custodial care, respite care, rest care, supportive care, homemaker services; (d) phone, facsimile, internet or e-mail consultation, compressed digital interactive video, audio or clinical data transmission using computer imaging by way of still-image capture and store forward; (e) treatment, services, or supplies that are furnished primarily for the personal comfort or convenience of a covered person, covered person's family, a health care practitioner or provider; (f) treatment or services provided by a standby health care practitioner; or (g) treatment or services provided by a masseur, masseuse or massage therapist, massage therapy, a rolfer.
18. Tratamiento, servicios y suministros para la terapia de la hormona del crecimiento, incluyendo el medicamento de la hormona del crecimiento y sus derivados u otros fármacos utilizados para estimular, promover o retrasar el crecimiento o retrasar la pubertad para permitir un aumento del crecimiento que con excepción de los niños de 18 años de edad o menor siempre y cuando sea médicamente necesario.
19. Tratamiento, servicios y suministros relacionados con las siguientes afecciones, independientemente de las causas subyacentes: transformación del sexo, reasignación de género y tratamiento para aumentar, restaurar o mejorar la energía, el rendimiento o el deseo sexual.

Los beneficios, exclusiones y limitaciones pueden variar según el Estado.

Limitaciones y Exclusiones Continuación

20. Tratamiento, servicios y suministros relacionados con la maternidad, el embarazo (excepto complicaciones del embarazo), cuidados de rutina del recién nacido al nacer, incluidos los cuidados de enfermería, aborto.
21. Tratamiento o uso terapéutico de: (a) pruebas o asesoramiento genéticos, servicios genéticos y procedimientos relacionados con fines de cribado, incluidos, entre otros, la amniocentesis y las pruebas de vellosidades crónicas; (b) servicios, fármacos o medicamentos utilizados para tratar a hombres o mujeres con diagnóstico de infertilidad, independientemente del uso previsto, incluidos, entre otros, la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la reversión de la esterilización reproductiva, cualquier tratamiento para promover la concepción; (c) esterilización; (d) criopreservación de espermatozoides u óvulos; (e) gestación por sustitución; (f) cirugía, tratamiento o servicios fetales; (g) extracción y almacenamiento de células madre del cordón umbilical u otros componentes sanguíneos en ausencia de enfermedad o lesión; o (h) circuncisión.
22. Tratamiento para programas vocacionales o de endurecimiento laboral, vida de transición, excepto para la formación y educación para el autocontrol de la diabetes en pacientes ambulatorios para el tratamiento de una persona cubierta con diabetes.
23. Tratamiento para o mediante el uso de: (a) artículos no medicinales, programas de autocuidado o autoayuda; (b) aromaterapia; (c) meditación o terapia de relajación; (d) medicina naturalista; (e) asesoramiento familiar o matrimonial; (f) tratamiento hospitalario de trastornos de dolor crónico.
24. Enfermedad o lesión que resulte del abuso o sobredosis de cualquier sustancia ilegal o controlada, excepto cuando se administre de acuerdo con el consejo de un profesional de la salud a la persona cubierta.
25. Tratamiento por enfermedad o lesión cuando una causa contribuyente de la afección haya sido el intento voluntario por parte de una persona cubierta de cometer una felonía o su participación en la misma, o como consecuencia de que una persona cubierta se encontrara bajo los efectos de cualquier sustancia controlada ilegal o no prescrita al cometer dicho delito.
26. Cualquier cantidad que supere el beneficio máximo vitalicio o cualquier otra limitación máxima de los beneficios programados cubiertos.
27. El tratamiento que no se corresponda con la definición de beneficio cubierto en esta póliza, incluido, entre otros, el tratamiento que no sea proporcionado por un profesional de la salud.
28. Tratamiento, servicios y suministros para servicios experimentales o de investigación.
29. Enfermedad o lesión causada o agravada por suicidio, intento de suicidio, o enfermedad o lesión autoinfligida.
30. Tratamiento, servicios, suministros, fármacos o medicamentos recibidos fuera del territorio de Estados Unidos.
31. Vitaminas y/o sus combinaciones, aunque hayan sido recetadas por un médico.
32. Cualquier producto, fármaco o medicamento de venta con prescripción de las siguientes categorías, haya sido o no prescrito por un profesional de la salud: (a) medicamentos o productos a base de hierbas u homeopáticos; (b) minerales; (c) supresores del apetito; (d) sustancias dietéticas o nutricionales o suplementos dietéticos; (e) nutracéuticos; (f) alimentos médicos; o (g) equipos/suministros médicos duraderos.
33. Fármacos o medicamentos que tengan un equivalente de venta libre o que contienen el(los) mismo(s) principio(s) activo(s) o terapéuticamente equivalente(s) que los medicamentos de venta libre.
34. Fármacos o medicamentos administrados en o por una casa de reposo, sanatorio, centro de cuidados prolongados, centro de convalecencia, centro de enfermería especializada o institución similar, o dispensados en o por un hospital, una sala de emergencia, un centro independiente, un centro de cuidados urgentes, la consulta de un médico u otro centro para pacientes hospitalizados o ambulatorios para que una persona cubierta se los lleve a casa.
35. Fármacos o medicamentos utilizados para tratar, afectar o influir en: el rendimiento atlético, el acondicionamiento corporal, el fortalecimiento, la energía, la ralentización de los procesos normales de envejecimiento, la sequedad de boca, la salivación excesiva, la composición genética o la predisposición genética, la prevención o el tratamiento de la caída del cabello, el crecimiento excesivo del cabello o los patrones anormales del cabello predisposición genética, prevención o tratamiento de la caída del cabello, crecimiento excesivo del cabello o patrones capilares anormales.
36. Fármacos de dosis por unidad, fármacos o medicamentos utilizados para tratar la onicomycosis (hongos en las uñas), toxina botulínica y sus derivados.
37. Fármacos o medicamentos prescritos para el tratamiento de una enfermedad que esté específicamente excluida de esta póliza.
38. Fármacos, medicamentos o suministros ilegales según la legislación federal, como la marihuana, aunque estén recetados para uso médico en un estado.
39. Duplicados de prescripciones, sustitución de prescripciones extraviadas, robadas, destruidas, derramadas o dañadas; surtidos de prescripciones que excedan el número especificado en la orden de prescripción del profesional de la salud; prescripciones surtidas con más frecuencia de lo que indica la dosis prescrita, prescripciones surtidas después de un año de la orden de prescripción original del profesional de la salud, cualquier administración de inyecciones de medicamentos u otros fármacos o medicamentos obtenidos de otra forma que no sea a través de la farmacia.
40. Vacunas y exámenes rutinarios como: exámenes de salud; revisiones periódicas; exámenes prematrimoniales; y exámenes físicos rutinarios, a menos que la póliza cubra lo contrario.
41. Cualquier tarifa por tratamiento en un hospital que supere el valor de la indemnización especificado en el programa de beneficios de la póliza.
42. Fármacos o medicamentos que tengan un equivalente de venta libre o que contengan el mismo principio o principios activos, o terapéuticamente equivalentes, que los medicamentos de venta libre.

Condiciones Pre-Existentes

No hay cobertura para una Condición Pre-Existente, tal como se define en la póliza, durante un periodo continuo de 12 meses.

¿Listo para unirse a la comunidad de PAL?



¿Necesita un agente?

Visítenos a través del sitio web www.neweralife.com o llame al (888)748-3040.



¿Ya tiene un agente?

Póngase en contacto con su agente para solicitarlo.

El propósito de este folleto es la solicitud de un seguro y el contacto será realizado por un agente de seguros o por Philadelphia American Life Insurance Company, una compañía subsidiaria de New Era Life Insurance Company.

Optimum Health Saver está suscrito por Philadelphia American Life Insurance Company, una compañía subsidiaria de New Era Life Insurance Company.

Teléfono Gratuito: 1-888-748-3040

Dirección Postal: P.O. Box 4884, Houston, TX 77210-4884

New Era
Life Insurance Companies

New Era Life Insurance Company
New Era Life Insurance Company of the Midwest
Philadelphia American Life Insurance Company

A- (Excellent)
AM Best Rating