Seguro complementario grupal de gastos médicos con beneficio limitado MEDlink® Select

Nova Southeastern University Inc.

Opción 2 Resumen de beneficios para beneficio en el hospital y beneficio de paciente ambulatorio separados	
Beneficio en el hospital	
Máximo de beneficio en el hospital	$4,000 por persona con cobertura por internación
Beneficio en el hospital	Los beneficios incluyen hospitalización, tratamiento en ambulancia y en el hospital por trastorno mental o emocional (sujeto a un máximo de 30 días de tratamiento por trastorno mental o emocional, por persona con cobertura por año calendario). Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios en el hospital
Beneficio de paciente ambulatorio	
Máximo de beneficios de paciente ambulatorio	$200 por persona con cobertura por día calendario para servicios cubiertos como paciente ambulatorio.
Beneficios de paciente ambulatorio	Los servicios como paciente ambulatorio cubiertos incluyen: • Sala de emergencias de un hospital • Instalación de atención urgente • Cirugía realizada en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o un centro independiente de cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico en una instalación para pacientes ambulatorios de un hospital o una instalación de generación de imágenes de resonancia magnética (MRI) • Instalación de terapia física • Ambulancia • Tratamiento como paciente ambulatorio por trastorno mental o emocional (sujeto a un máximo de 30 días de tratamiento por trastorno mental o emocional por persona con cobertura por año calendario). Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios para pacientes ambulatorios.
Cláusulas de paciente ambulatorio	
Cláusula de equipamiento médico duradero	Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficios de paciente ambulatorio
Cláusulas de enmiendas	
Cláusula de enmienda para maternidad de hijo dependiente	Incluida

Total Bimensual primas*				
Edades	Empleado/a	Empleado y cónyuge	Empleado e hijo(s)	Empleado y familia
18+	$17.02	$30.65	$32.66	$46.28

*La prima total incluye el Plan seleccionado y cualquier prima de cláusulas aplicables. La prima y el monto de los beneficios pueden variar, dependiendo del plan que haya elegido en el momento de la solicitud.

Beneficio en el hospital

La persona con cobertura debe estar cubierta por el otro plan médico al momento de incurrir en cualquier cargo cubierto en el hospital.

El beneficio en el hospital paga los montos de su bolsillo para cargos cubiertos de paciente hospitalizado incurridos por una persona con cobertura por tratamiento mientras está internado en un hospital como paciente internado. Un hospital no es una institución (ni parte de una institución), que se use como: un lugar de rehabilitación, un lugar de descanso o para los ancianos, un asilo o casa de convalecencia, una unidad de enfermería de largo plazo o pabellón geriátrico, o una instalación de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

El beneficio de ambulancia paga el monto de su bolsillo para transporte aéreo o terrestre en ambulancia de una persona con cobertura a un hospital o de una instalación médica a otra cuando la persona con cobertura está internada. Una compañía de ambulancias autorizada debe brindar el servicio de ambulancia.

Beneficio de paciente ambulatorio

Paga el monto de su bolsillo por cargos cubiertos para pacientes ambulatorios. La persona con cobertura debe estar cubierta por el otro plan médico al momento de incurrir en cualquier cargo cubierto.

El beneficio de ambulancia paga el monto de su bolsillo para transporte aéreo o terrestre en ambulancia de una persona con cobertura a un hospital o de una instalación médica a otra cuando la persona con cobertura reside a menos de 18 horas. Una compañía de ambulancias autorizada debe brindar el servicio de ambulancia.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por gastos incurridos durante cualquier periodo en que la persona cubierta no tenga cobertura con su otro plan médico. Si se recibe una reclamación después de que haya finalizado la cobertura del otro plan médico, la responsabilidad de APL se limitará a un reembolso de cualquier prima pagada desde la finalización de la cobertura.

No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos que resulten o sean causados por, ya sea directa o indirectamente: guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o cualquier acto relacionado con la guerra mientras la persona sirve en las fuerzas armadas o cualquier unidad auxiliar de dichas fuerzas, (APL devolverá la parte proporcional del dinero de cualquier prima pagada por una persona con cobertura en esas condiciones una vez que se presente una solicitud por escrito); atención de rutina ambulatoria para un recién nacido (excepto circuncisión de un recién nacido); atención de descanso o cuidado y

tratamiento de rehabilitación (esto no incluye rehabilitación para el tratamiento de una discapacidad física); aborto voluntario excepto, con respecto a usted o a su dependiente elegible con cobertura: cuando su vida o la de su dependiente elegible estuviera en peligro si el feto se llevara a término o cuando surgieran complicaciones médicas del aborto; participar en disturbio, insurrección, rebelión, alboroto civil, desobediencia civil o asamblea ilegal; (esto no incluye un siniestro que ocurra mientras se actúe de manera legal dentro del alcance de la autoridad); cometer o tratar de cometer un acto ilegal que se defina como delito grave (el delito grave está definido por la ley de la jurisdicción en la cual se realice el acto); participar en un concurso de velocidad en vehículos de potencia, paracaídas o vuelo en ala delta; viaje aéreo, excepto: como pasajero que pague tarifa en una aerolínea comercial en una ruta programada regularmente; o como pasajero de transporte solamente y no como piloto o miembro de la tripulación; estar intoxicado o bajo la influencia de algún narcótico, a menos que lo administre un médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del médico (intoxicación significa lo que esté determinado y definido por las leyes y la jurisdicción de la zona geográfica en la cual el suceso haya provocado el siniestro ocurrido); alcoholismo o drogadicción; cambios de sexo; tratamiento, drogas o cirugía experimentales (los trasplantes de médula ósea no se consideran como experimentales); accidente o enfermedad que surja por y en el curso de toda ocupación por compensación, sueldo o ganancia para la cual se paguen beneficios de compensación de los trabajadores (esto no se aplica a quienes sean propietarios únicos o socios que no estén cubiertos por la compensación de los trabajadores); servicios dentales o de la vista, incluyendo tratamiento, cirugía, extracciones o radiografías, a menos que sean resultado de un accidente ocurrido mientras la cobertura de la persona cubierta sea válida y se realice a menos de 12 meses de la fecha de dicho accidente; o se deban a una enfermedad o anomalía congénita de un recién nacido que esté cubierto; cirugía cosmética opcional (excepto circuncisión de un recién nacido); fármacos (de receta y sin receta para usarse fuera de una instalación cubierta tal como se define en esta póliza/certificado o en toda cláusula anexa); esterilización y reversión de esterilización; un gasto que no cumpla con la definición de cargo cubierto para paciente internado o cargos cubiertos para paciente ambulatorio; un gasto o servicio que exceda alguno de los beneficios máximos, tal como se muestra en el programa de beneficios en la póliza/certificado; todo gasto para el cual no se paguen beneficios según el otro plan médico.

No duplicación de beneficios
La duplicación de beneficios no está permitida conforme a la póliza y/o a cualquier cláusula adjunta. Si un cargo cubierto es pagadero según más de un beneficio, solo un beneficio, el mayor, será pagadero.

Cambios en la prima
APL puede cambiar las tarifas de la prima en la fecha del primer aniversario de la póliza o en toda fecha de vencimiento de la prima de ahí en adelante.

Renovable de manera opcional
La póliza es renovable a elección de APL. El titular de la póliza o APL pueden terminar esta póliza en cualquier fecha de vencimiento de la prima después del primer aniversario de la fecha de vigencia de la póliza, sujeto al aviso por escrito con 60 días de anticipación.

Terminación del certificado
La cobertura del seguro conforme al certificado, incluyendo cualquier cláusula anexa, terminará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en que termine la póliza; la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; la fecha en que usted ya no califique como asegurado; la fecha en que su cobertura del otro plan médico finalice; o la fecha de su muerte.

Terminación de la cobertura
La cobertura del seguro conforme al certificado y/o cualquier cláusula anexa para una persona con cobertura finalizará de la siguiente forma: la fecha en que termine la póliza; la fecha en que termine el certificado; la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; la fecha de recepción de una solicitud por escrito de su parte para finalizar la cobertura de la persona con cobertura; la fecha en que una persona con cobertura ya no califique como asegurado o como dependiente elegible; la fecha de la muerte de la persona cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier persona asegurada que presente una reclamación fraudulenta.

Continuación de la cobertura según COBRA
Este plan puede continuar de acuerdo con la Ley ómnibus de conciliación consolidada de 1986.

Cláusulas de paciente ambulatorio
Todas las cláusulas son parte de la póliza/certificado al cual complementan y están sujetas a las disposiciones de la póliza/certificado que no estén en conflicto con aquellas de las cláusula. Para todas las cláusulas para paciente ambulatorio, la persona con cobertura debe estar cubierta por otro plan médico al momento de incurrir en cualquier cargo cubierto.

Cláusula de equipamiento médico duradero
Paga el monto de su bolsillo incurrido por equipamiento médico duradero cuando lo recomienda un médico y está cubierto por el otro plan médico.

AMERICAN PUBLIC LIFE
Expanding the Benefits Horizon®

2305 Lakeland Drive | Flowood, MS 39232
ampublic.com | 800.256.8606

Protegido por American Public Life Insurance Company. Todas las cláusulas están sujetas a todas las disposiciones y condiciones de la póliza/certificado al cual complementan, y que no estén en conflicto con aquellas de la cláusula. | Para conocer los beneficios completos y otras cláusulas, consulte la póliza o el certificado. Esta cobertura no es un reemplazo del seguro de compensación de los trabajadores. **Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.** | Esta póliza se considera un plan de beneficios para el bienestar de los empleados, establecido y mantenido por una asociación o un patrón cuya intención es tener cobertura de ERISA, y se administrada y cumplirá de conformidad con ERISA. Las pólizas grupales emitidas para entidades gubernamentales y municipios, pueden estar exentas de las directrices de ERISA. | Formulario de cobertura de MEDlink® Series 7 & 8 | FL | Seguro complementario grupal de gastos médicos| 04/18