



SSCP Management, Inc.

GUÍA DE BENEFICIOS 2026

SSCP



Resumen de Beneficios y Cobertura

Para obtener una copia electrónica del Resumen de Beneficios y Cobertura, y Guía de Beneficios, por favor visite www.panamericanbenefitsenrollment.com, introduzca su identificación de grupo **SE786** luego seleccione Ver Resumen (View Summary). Usted también puede solicitar una copia en papel en cualquier momento comunicándose con nosotros al 1-800-999-5382.

Inscripción 2026

Estamos emocionados de ser parte de su programa de beneficios para empleados. Esta guía contiene la información que necesita para familiarizarse con las opciones de beneficios disponibles durante su período de Inscripción abierta. Su programa ofrece beneficios significativos que brindan acceso a la atención que usted y su familia necesitan para llevar vidas saludables y productivas.

Entre los beneficios ofrecidos, su programa incluye un Plan Cobertura Esencial Mínima para ayudar a identificar riesgos potenciales de salud que permitan el diagnóstico y tratamiento en una etapa temprana. Plan de Indemnización con Beneficios Limitados que paga un monto de beneficio fijo diario para ayudar a cubrir el costo que usted debe pagar por servicios comunes tales como consultas médicas, hospitalización, cuidados intensivos, accidentes, y mucho más. Su Equipo de Servicio de Pan-American Life.

 Para más información sobre su plan de beneficios, ver el video de inscripción en www.mypallic.com/videopba-es

Cuando Inscribirse en el Plan

Usted es elegible para inscribirse en el plan de beneficios dentro de los 60 días de su fecha de contratación o durante el período de inscripción abierta anual de su empleador. Si usted no se inscribe durante uno de estos períodos de tiempo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual, a menos que tenga un evento calificador. Usted tiene 30 días a partir de la fecha del evento calificador para inscribirse.

Un evento calificador se define como un cambio en su estado debido a uno de los siguientes: Matrimonio o divorcio, nacimiento o adopción de un hijo(s), término de empleo, muerte de un familiar directo, derecho a Medicare, la quiebra del empleador, pérdida de estado de dependiente, pérdida de cobertura anterior.

Proceso de Inscripción 2026

LISTA DE QUE DEBE HACER PARA LA INSCRIPCION ABIERTA **Compruébalo, elígelo, confírmalo!**

Si no se realizan elecciones, sus beneficios actuales de 2025 se transferirán al 2026 al menos que tenga un evento en la vida.

Paso 1 – COMPRUEBE SUS OPCIONES

Revise las opciones de cobertura y las primas de los planes en la guía de beneficios.

Paso 2 – VERIFIQUE A SUS PROVEEDORES

Paso 3 – ELIJA SUS BENEFICIOS

Debe iniciar sesión en <https://lfg.benselect.com/sscpmanagement>, o llamar al Centro de Inscripción al 1-866-503-6111 para hacer sus elecciones. Se puede contactar a los Consejeros de Beneficios entre las 8:30 AM CST and 5 PM CST de Lunes a Viernes del 3 de Noviembre al 14 de Noviembre, con horarios extendidos los Martes y Jueves hasta las 7pm CST. **Se les dará la opción a los empleados que dejen un mensaje de voz cada minuto para que no estén esperando por largo tiempo al próximo consejero disponible.**

Paso 4 – CONFIRME SUS OPCIONES

Revise la página de confirmación enviada por correo electrónico y haga las correcciones antes del **14 de Noviembre 2025**

Después de Inscribirse

Una vez inscrito en el plan, usted recibirá su tarjeta de identificación por correo. También podrá visitar y registrarse en nuestro portal en línea para miembros mypallic.com para obtener acceso las 24 horas a:

- Revisar reclamos
- Documentos del plan
- Ver sus beneficios
- Buscar proveedores
- Imprimir tarjetas provisionales
- Descargar formularios
- Preguntas frecuentes
- Y mucho mas...

La información proporcionada en esta guía es un breve resumen de beneficios. Su descripción resumida del plan y certificado de cobertura regulan los términos y condiciones de su plan.

Plan de Atención Preventiva

(Incluido con Planes 1 y 2)



Cuidados Preventivos

Reciba vacunas de rutina, exámenes de bienestar y medicamentos sin costo alguno cuando esté dentro de la red

Manténgase saludable al detectar posibles enfermedades antes de que empiecen

Obtenga las herramientas que necesita para tomar decisiones inteligentes para su futuro

Uno de los beneficios más valiosos incluido con su paquete de beneficios es la cobertura de atención preventiva que ahora cubre el 100% de los costos de servicio preventivo elegible cuando se realiza dentro de la red. Esto significa que usted no paga nada de su bolsillo por el acceso a una variedad de exámenes médicos, evaluaciones y vacunas que pueden ayudar a reducir su riesgo de desarrollar enfermedades en el futuro y evitar costosos tratamientos.

Comprender la Atención Preventiva

La atención preventiva es el primer paso para conocer qué tan saludable está. El objetivo es “prevenir” enfermedades al detectar problemas en una etapa temprana. La atención preventiva incluye evaluaciones, pruebas, medicamentos y asesoramiento realizados o prescritos por su médico u otro proveedor de atención médica para comprobar la existencia de enfermedades que pueden desarrollarse incluso cuando no tiene signos o síntomas de una lesión o enfermedad. Su proveedor puede proporcionarle el tratamiento que puede evitar que usted se enferme y puede brindarle asesoramiento sobre los cambios beneficiosos en su estilo de vida u ofrecerle tratamiento profiláctico.

¿Por Qué es Importante la Atención Preventiva?

- Detección temprana de enfermedades cuando son más fáciles de tratar
- Identificación de posibles riesgos para su salud en el futuro
- Proporciona a los adultos las vacunas para enfermedades como la gripe y la neumonía, así como las vacunas de refuerzo y las vacunas requeridas para los niños

Diferencia Entre Servicios de Prevención y de Diagnóstico

Un procedimiento preventivo se inicia con la intención de confirmar su buena salud aunque pueda parecer asintomático. Los servicios de diagnóstico difieren en que se solicitan para identificar la causa de una condición de salud o enfermedad reportada.

Los servicios se consideran de Atención Preventiva cuando una persona:

- No tiene los síntomas que indican una anomalía
- Se ha realizado una prueba de acuerdo a las directrices recomendadas para la edad y el sexo, y obtuvo resultados que se consideran normales
- Ha recibido un servicio de diagnóstico con resultados normales, después del cual el médico recomienda evaluaciones futuras de atención preventiva de acuerdo a las directrices apropiadas para la edad y el sexo
- Recibe un servicio preventivo que resulta en una atención de diagnóstico o tratamiento que se realiza al mismo tiempo, y como parte integrante del servicio preventivo (p. ej., remoción de pólipo durante una colonoscopia preventiva), sujeto a las disposiciones del plan de beneficios

Plan de Atención Preventiva

(Incluido con Planes 1 y 2)

Los servicios se consideran de atención de diagnóstico cuando:

- Los servicios se prescriben debido a problemas actuales o síntomas(s) que requiere(n) un diagnóstico adicional
- Los resultados anormales en una prueba de evaluación de diagnóstico o preventiva anterior requieren pruebas diagnósticas o servicios adicionales
- Los resultados anormales en una prueba de evaluación de diagnóstico o preventiva anterior requieren la repetición de la misma prueba antes de lo requerido por las recomendaciones normales de las directrices para la edad y el sexo.

¿Los servicios de atención preventiva están cubiertos solamente cuando se realizan dentro de la red?

Sí, estos servicios preventivos están cubiertos solamente en virtud del plan de atención preventiva cuando los proporciona un proveedor de la red. Su plan incluye el acceso a una de las redes más grandes de organizaciones de proveedores preferidos (PPO). Los detalles para localizar a un proveedor de la red se pueden encontrar en la sección de Red de Proveedores PPO de esta guía.

Servicios Preventivos Cubiertos para Adultos

Evaluaciones para:

- Aneurisma de aorta abdominal (única evaluación para hombres de edades específicas quienes alguna vez hayan fumado)
- Uso indebido del alcohol
- Presión arterial
- Colesterol (para adultos de cierta edad o de alto riesgo)
- Cáncer colorrectal (para adultos mayores de 45 años)
- Depresión
- Diabetes tipo 2 (para adultos con presión arterial alta)
- Hepatitis B (para infección viral en personas con riesgo elevado)
- Hepatitis C (para infecciones en personas con riesgo elevado) (una sola prueba de análisis para HCV para los adultos que nacieron entre el 1945-1965)
- Cáncer del Pulmón (para adultos entre las edades de 55-80 con historia de fumar 30 cajetillas al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar durante los pasados 15 años)
- VIH (para todos los adultos de alto riesgo)
- Obesidad
- Consumo de tabaco
- Sífilis (para todos los adultos de alto riesgo)

Asesoría para:

- Uso indebido del alcohol
- Uso de la aspirina para los hombres y las mujeres de cierta edad y factores de riesgo cardiovascular

- Dieta (para adultos con un mayor riesgo de enfermedades crónicas)
- Obesidad

Inmunizaciones:

- Las dosis, las edades, y las poblaciones recomendadas varían.
- Difteria, tos ferina, tétanos (DPT)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Herpes zoster
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Influenza (gripe)
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- Meningocócica (meningitis)
- Neumocócica (neumonía)
- Varicela

Servicios Preventivos Cubiertos Adicionales para Mujeres

- Aspirina (dosis baja como medida preventiva después de 12 semanas de gestación para mujeres con un riesgo elevado de preclamsia)
- Medicamentos preventivos para el Cáncer de Mama en mujeres con riesgo elevado (tamoxifeno o raloxifeno).
- Contracepción (Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y requeridos por la ACA, procedimientos de esterilización, y educación y asesoría para pacientes)
- Visitas de bienestar para las mujeres (para obtener servicios preventivos recomendados para las mujeres menores de 65 años)

Evaluaciones para:

- Cáncer de seno (mamografía cada 1 a 2 años para las mujeres mayores de 40 años)
- Cáncer Cervicouterino (para las mujeres sexualmente activas)
- Infección por Clamidia (para mujeres más jóvenes y otras mujeres de alto riesgo)
- Violencia doméstica e interpersonal
- Diabetes gestacional (para aquellos que se encuentren en alto riesgo)
- Gonorrea (para todas las mujeres de alto riesgo)
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (para mujeres sexualmente activas)
- Prueba de ADN para el Virus del Papiloma Humano (VPH): Pruebas de alto riesgo para ADN VPH cada tres años para mujeres mayores de 30 años con resultados citológicos normales
- Sífilis (para todas las mujeres embarazadas y otras mujeres con riesgo elevado)
- Osteoporosis (para las mujeres mayores de 60 años de edad dependiendo de los factores de riesgo)

Plan de Atención Preventiva

(Incluido con Planes 1 y 2)

Asesoría para:

- BRCA: Asesoría y pruebas genéticas para mujeres con riesgo elevado (historia familiar asociada con un riesgo elevado de mutaciones nocivas en los genes BRCA1 o BRCA2) y análisis, asesoría genética, y pruebas para mujeres asintomáticas que no hayan recibido un diagnóstico de cáncer relacionado con el BRCA, pero que han sufrido anteriormente otro tipo de cáncer, incluyendo cáncer de mama u ovarios; mujeres cuyo historial familiar se asocia con un riesgo elevado de cáncer relacionado con BRCA; las mujeres que reciben un resultado positivo después de un análisis deben obtener asesoría genética y, de ser indicado después de la asesoría, pruebas de BRCA.
- Quimioprevención del cáncer de seno (para las mujeres de alto riesgo)
- Anticoncepción (educación y asesoramiento)
- Violencia doméstica e interpersonal
- Suplementos de ácido fólico (para las mujeres en edad fértil)
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (para mujeres sexualmente activas)
- Infecciones de Transmisión Sexual (STI): Asesoría para mujeres sexualmente activas

Servicios adicionales para mujeres embarazadas:

- Evaluaciones de anemia
- Pruebas de bacteriuria del tracto urinario u otras infecciones
- Intervenciones de la lactancia materna para apoyar y promover la lactancia materna después del parto
- Asesoramiento extendido sobre el uso del tabaco
- Diabetes gestacional (evaluación para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo)
- Asesoramiento sobre la Hepatitis B (en la primera visita prenatal)
- Prueba de incompatibilidad de Rh, con pruebas de seguimiento para las mujeres con alto riesgo

Servicios Preventivos Cubiertos para Niños

Pruebas y evaluaciones para:

- Alcohol y consumo de drogas (para adolescentes)
- Autismo (para niños de 18 a 24 meses)
- Problemas de comportamiento
- Presión arterial (evaluaciones para niños)
- Displasia cervical (para mujeres sexualmente activas)
- Hipotiroidismo congénito (para recién nacidos)
- Depresión (evaluaciones para adolescentes)
- Desarrollo (evaluación para niños menores de 3 años, y supervisión durante la infancia)

- Dislipidemia (evaluación para niños en mayor riesgo de trastornos de lípidos)
- Audición (para todos los recién nacidos)
- Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal
- Hematocrito o hemoglobina
- Hemoglobinopatías o células falciformes (para recién nacidos)
- VIH (para adolescentes de alto riesgo)
- Plomo (para niños en riesgo de exposición)
- Antecedentes médicos
- Obesidad
- Salud bucal (evaluación de riesgos para niños pequeños)
- Fenilketonuria (PKU) (recién nacidos)
- Prueba de tuberculina (para niños en alto riesgo de tuberculosis)
- Visión (evaluación como parte del examen físico, no un examen de la vista separado)

Medicamentos y suplementos:

- Medicación preventiva contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos

Asesoría para:

- Fluoruro (suplementos de quimioprevención con receta para niños sin flúor en su fuente de agua)
- Obesidad
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (STI) (para adolescentes de alto riesgo)
- Consumo de Tabaco (educación y asesoría para prevenir el uso de tabaco en adolescentes y niños de edad escolar)

Inmunizaciones:

- Desde el nacimiento hasta 18 años Las dosis, las edades, y las poblaciones recomendadas varían.
- Difteria, tos ferina, tétanos (DPT)
- Haemophilus influenzae tipo B
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Poliovirus inactivado
- Influenza (gripe)
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- Meningocócica (meningitis)
- Neumocócica (neumonía)
- Rotavirus
- Varicela

Plan de Atención Preventiva

(Incluido con Planes 1 y 2)

Cobertura de Medicamentos

La siguiente tabla muestra las categorías de productos farmacéuticos disponibles de manera gratuita. Debido a que las listas pueden cambiar, tenga en cuenta que para determinar cuáles medicamentos específicos o marcas en cada una de las siguientes categorías están cubiertos por sus beneficios para medicamentos con receta, debe ponerse en contacto con RxEDO al 1-888-879-7336 o visite el sitio web rxedo.com para obtener más información.

Artículo	Disponibilidad	Cobertura
Aspirina	Hombres y mujeres adultos, mayores de 45 años	Genérico, de venta libre
Suplementos de ácido fólico	Mujeres adultas hasta 55 años	Genérico, de venta libre
Fármacos fluorados	6 meses - 5 años	Marca, genérico
Dejar de fumar	Hombres y mujeres adultos	• Genéricos o de venta libre sólo en los productos de reemplazo de nicotina • Limitar a Zyban Genérico
Servicios Preventivos Cubiertos Adicionales para Mujeres		
Anticonceptivos orales	Mujeres Adultas	Genérico, marcas de una sola fuente
Anticonceptivo de emergencia		Genérico, de venta libre, marcas de una sola fuente*
Anticonceptivos inyectables		Genérico, marcas de una sola fuente*
Parche transdérmico		Genérico, marcas de una sola fuente*
Diafragma y capuchón cervical		Genérico, marcas de una sola fuente*

En virtud de la PPACA, ciertos fármacos y medicamentos con receta que previenen las enfermedades están cubiertos sin costo alguno siempre que los servicios sean prestados por un médico que participe en la red del plan. Esta tabla muestra los medicamentos preventivos que están cubiertos al 100% en virtud del Plan PanaBridge Advantage. Para que estos medicamentos estén cubiertos al 100%, se requiere una receta de su médico, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Los fármacos pueden estar sujetos a limitaciones de cantidad.

*Las marcas de una sola fuente son medicamentos de marca que no tienen alternativas genéricas.

Plan de Indemnización de Beneficios Limitados PanaMed



Plan de Indemnización de Beneficios Limitados **PanaMed**

Paga montos fijos de beneficios para ayudar a cubrir los costos de los servicios médicos comunes

Acceso a tarifas con descuentos de la red PPO

Equipo de Apoyo para los Miembros quienes le ayudarán a reducir los costos médicos y las situaciones estresantes de facturación

PanaMed es un plan de indemnización de beneficios limitados que paga montos fijos claramente definidos para ayudarle a cubrir el costo de los servicios médicos comunes, tales como las consultas médicas, hospitalización, cuidados intensivos, accidentes, y mucho más. Este plan de indemnización de beneficios limitados está diseñado para ofrecer el máximo valor para los gastos de atención médica cotidianos en contraposición a los planes que cubren las principales enfermedades y lesiones catastróficas.

En las siguientes páginas encontrará una tabla de beneficios que detalla cada uno de los beneficios incluidos en nuestros planes, junto con la cantidad que paga cada uno de ellos. También encontrará información importante sobre los servicios y beneficios adicionales incluidos en su plan.

Cómo sacar el máximo provecho de su Plan

1. Llame o visite el sitio web para localizar un proveedor de la red (los detalles se encuentran en la sección de esta guía titulada "Red de Proveedores PPO")
2. Programe su cita
3. Visite al proveedor y presente su tarjeta de identificación
4. El proveedor presenta una reclamación
5. La Red PPO aplica los descuentos y reenvía la reclamación a Pan-American Life (compañía de seguros)
6. Si la reclamación es inferior a la cantidad permitida del beneficio en su plan, usted no deberá pagar nada
7. Si la reclamación es superior a la cantidad permitida del beneficio en su plan, usted deberá pagar el saldo al proveedor

NOTA – Si bien los beneficios de PanaMed se pueden utilizar en cualquier hospital o consultorio médico, se alienta a los miembros a que utilicen la Red PPO para recibir los precios con descuentos de los proveedores.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1	PLAN 2
BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR ADMISIÓN HOSPITALARIA - Paga de manera adicional a la hospitalización - Una vez por admisión, una vez por diagnóstico - El beneficio no será pagadero por la misma lesión o enfermedad o una relacionada	\$1,000 primer día Al ser admitido como paciente interno en un cuarto de hospital	\$1,000 primer día Al ser admitido como paciente interno en un cuarto de hospital
BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN - Debe ser admitido como un paciente hospitalizado en una habitación de hospital - Si la hospitalización cae en una de las siguientes categorías se aplica un máximo diferente	\$100 por día Máximo por año calendario sujeto a 60 día(s) en total para cualquier hospitalización	\$300 por día Máximo por año calendario sujeto a 60 día(s) en total para cualquier hospitalización
Beneficio de Cuidados Intensivos Si el paciente es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos del hospital	\$200 por día Hasta 30 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)	\$600 por día Hasta 30 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)
Abuso de Sustancias Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad de abuso de sustancias	\$50 por día Hasta 30 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)	\$150 por día Hasta 30 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)
Enfermedad Mental Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad de enfermedad mental	\$50 por día Hasta 60 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)	\$150 por día Hasta 60 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)
Enfermería Especializada Debe ser admitido en un centro de enfermería especializada después de una estancia en hospital cubierta de al menos 3 días	\$50 por día Hasta 57 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)	\$150 por día Hasta 57 día(s) máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)
BENEFICIO DE CONSULTAS MÉDICAS El beneficio paga un beneficio por día si el paciente es atendido por un médico por una enfermedad o lesión	\$75 por día 4 día(s) por año calendario	\$75 por día 6 día(s) por año calendario
EXAMENES DE LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIO - Incluye pruebas de glucosa, análisis de orina, CBC, y otros - Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico	\$35 por día 3 día(s) por año calendario	\$45 por día 3 día(s) por año calendario
RADIOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIA - Incluye tórax, huesos rotos, y otros - Cuando la hospitalización no sea necesaria y la prueba sea ordenada o realizada por un médico	\$70 por día 4 día(s) por año calendario	\$100 por día 2 día(s) por año calendario

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1	PLAN 2
ESTUDIOS AVANZADOS AMBULATORIOS - Incluye tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y otros - Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico	\$300 por día 2 día(s) por año calendario	\$400 por día 2 día(s) por año calendario
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE INTERNO - La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión comouna estancia hospitalaria en un hospital - Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos	\$500 por día 1 día(s) por año calendario	\$1,000 por día 1 día(s) por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE INTERNO 25% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgico de hospitalización	\$125 por día 1 día(s) por año calendario	\$250 por día 1 día(s) por año calendario
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE AMBULATORIO - La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión en un centro u hospital de cirugía ambulatoria - Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos	\$250 por día 1 día(s) por año calendario	\$500 por día 1 día(s) por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE AMBULATORIO 25% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgicoambulatorio	\$62.50 por día 1 día(s) por año calendario	\$125 por día 1 día(s) por año calendario
BENEFICIO DE ENFERMEDAD EN SALA DE EMERGENCIA Paga un beneficio por día por los servicios recibidos en una sala de emergencia como resultado de una enfermedad	\$75 por día 2 día(s) por año calendario	\$75 por día 2 día(s) por año calendario
EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS SOLO NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO BÁSICO DE SALUD (COBERTURA MEDICA MAYOR) Y NO SATISFACE EL REQUISITO DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL BAJO LA LEY DE ASISTENCIA ASEQUIBLE (ACA). SIN EMBARGO, EL PLAN DE ATENCIÓN PREVENTIVA OFRECIDO COMO PARTE DE PANABRIDGE ADVANTAGE SÍ CUMPLE CON EL REQUISITO DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL BAJO LA LEY DE ASISTENCIA ASEQUIBLE (ACA) YA QUE PROPORCIONA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL.		

Gastos Médicos Por Accidentes

Con Muerte Accidental y Desmembramiento (MAYD)

Cargos Cubiertos

Habitación de hospital, y cuidados de enfermería en general, hasta la tarifa de habitación semiprivada • Gastos diversos durante la hospitalización tales como la sala de operaciones, exámenes de laboratorio, exámenes de rayos x, anestesia, medicamentos (excepto medicamentos para la casa) servicios terapéuticos y suministros • Honorarios al médico por servicios de cirugía y anestesia • Consultas médicas, paciente interno o ambulatorio • Sala de emergencia de hospital • Servicios de rayos x y laboratorio • Gastos de medicamentos • Tratamiento dental para lesiones a dientes naturales sanos • Gastos por enfermera graduada.

	PLAN 1	PLAN 2
Beneficio por Accidente* por ocurrencia	Hasta \$2,500	Hasta \$5,000
Deducible por accidente, por asegurado	\$100 deducible	\$100 deducible
Muerte Accidental	\$5,000	\$10,000
Desmembramiento Accidental	Hasta \$5,000	Hasta \$10,000
Periodo de Tratamiento Inicial.....12 semanas (El Tratamiento Inicial debe ser incurrido dentro de las 12 semanas de la fecha del accidente)		
Periodo del Beneficio.....52 semanas (Los gastos deben ser incurridos dentro de las 52 semanas de la fecha del accidente)		
*Paga Beneficios Médicos por Accidentes "Fuera del Trabajo" por Gastos Cubiertos que resulten directamente de un accidente cubierto, y no por otra causa. La pérdida del asegurado debe ocurrir dentro de un año de la fecha del accidente. El seguro de gastos médicos por accidente es emitido por Pan-American Life Insurance Company en formulario de póliza #SM-2003. Gastos Médicos Por Accidentes NO esta disponible a residentes en WA.		

Repatriación Global (Global Repatriation)

Le ofrecemos tranquilidad en los momentos más difíciles

(Incluido con Planes 1 y 2)

Repatriación Global es un beneficio que funciona en todas partes del mundo y está diseñado para ayudar a las familias cuando un miembro o un dependiente incluido en el plan fallece a causa de un accidente cubierto o enfermedad al viajar 100 millas o más de su residencia permanente. Incluye viajes dentro y fuera de los Estados Unidos.

La muerte de un ser querido puede ser una experiencia difícil y devastadora. Cuando ocurre durante un viaje, usted o sus seres queridos pueden sentirse completamente desolados y sin ayuda a su alcance.

Repatriación Global es un beneficio internacional que se ha diseñado con el propósito de ayudar a su familia si usted, o un dependiente cubierto, llegara a fallecer a causa de una enfermedad o un accidente cubierto durante el transcurso de un viaje a más de 100 millas de distancia de su residencia permanente. Este beneficio provee transporte para los restos de un miembro cubierto hasta su lugar de residencia principal en los Estados Unidos y repatriación de ciudadanos extranjeros a su país natal.

Beneficios:

- Gastos de preparación; embalsamamiento o cremación
- Transporte del ataúd o traslado aéreo
- Transporte de los restos al lugar de residencia o entierro

El personal designado por AXA debe autorizar y coordinar todos los servicios y el beneficio máximo por persona no debe exceder \$20,000 USD por evento. No se aceptan reclamos por reembolso.

Para Activar el servicio de Asistencia, llame al: 1-888-558-2703 / 1-312-356-5963

El beneficio de Repatriación Global es proporcionado por AXA Assistance USA. www.axa-assistance.us
Pan-American Life y AXA Assistance USA no están afiliadas. Ver póliza para exclusiones y limitaciones.



Indemnización por Medicamentos Recetados

La red de farmacias de RxEDO incluye **más de 68,000** farmacias participantes a nivel nacional; incluyendo todas las principales cadenas, así como más de 20,000 farmacias independientes.

Consejos Útiles

- Muestra su tarjeta al farmacéutico. Esta incluye los números BIN y PCN, así como cualquier otra información que necesitarán para procesar su reclamo a través de RxEDO.
- Si su farmacia tiene alguna pregunta referente al proceso, favor que llamen al RxEDO Pharmacy Help Desk al (800) 522-7487, esta información está impresa en su nueva tarjeta de identificación.

Para preguntas o para buscar medicamentos visite www.rxedo.com o llame al 1-888-879-7336.

Descuento en Medicamentos Recetados (Incluido con el Plan 1)

Los medicamentos elegibles estarán disponibles para todos los miembros a la tarifa contratada por la farmacia de RxEDO, que normalmente puede ahorrar a los miembros entre un **10% y un 79%** de la tarifa habitual y habitual de la farmacia. Las inclusiones y exclusiones de medicamentos estándar se aplican.

Suministros para diabéticos: **10% a 60% de ahorro en suministros para diabéticos.** Un servicio conveniente para los miembros con diabetes. Este programa proporciona precios especiales a los miembros en la mayoría de los suministros para diabéticos. Estos artículos incluyen: tiras reactivas, medidores de glucosa, dispositivos de punción, lancetas y ¡MÁS!

Indemnización por Medicamentos Recetados Paga (Incluido con el Plan 2)

Su beneficio de indemnización por medicamentos recetados pagará un monto máximo por día, por persona asegurada, con un monto máximo mensual o año calendario (confirma con el plan abajo). No hay copagos, deducibles o coaseguro.

Genéricas o Marcas- \$40 por día

Limite Máximo Annual para Genéricas o Marca – **24 días** por persona asegurada

- Si el cargo de la farmacia es menor que el beneficio de indemnización por día, se le enviará un cheque por la diferencia.
- Si se cumple el límite máximo, se aplicará un descuento.



El beneficio de indemnización por medicamentos recetados es emitido por Pan-American Life Insurance Company en formulario de póliza # PA-IOPD-15-P y administrado por RxEDO. Pan-American Life no está afiliadas con RxEDO.

Preguntas Frecuentes

Beneficio de Indemnización para Medicamentos con Receta

1. ¿Cuál es la diferencia entre un beneficio de receta de copago y el beneficio de indemnización para medicamentos con receta?

En vez de usted pague los copagos, su plan de indemnización para medicamentos con receta pagará una cantidad fija por día, durante un número máximo de días por mes o por año, según este establecido en su plan. No obstante, cabe recalcar que su beneficio de indemnización no se limita al formulario restricciones.

2. ¿Qué ocurre si la cantidad diaria cubierta es mayor que el costo de los medicamento con receta?

Al final del mes se le enviará a usted un cheque con la diferencia.

3. ¿Qué ocurre si el costo del medicamento con receta es mayor que la cantidad diaria cubierta?

Usted será responsable por cualquier gasto sobre la cantidad diaria permitida en la farmacia.

4. ¿Puedo averiguar cuánto será mi gasto de bolsillo bajo este plan antes de ir a la farmacia?

Sí, para buscar medicamentos, puede ir a www.RxEDO.com

o llamar al 1-888-879-7336. El precio puede variar en cada farmacia, así que es mejor ponerse en contacto con la farmacia directamente.

5. ¿Qué ocurre si necesito dos medicamentos con receta genéricos el mismo día?

El plan pagará la cantidad diaria independientemente de la cantidad de medicamentos con receta. Tenga en cuenta que su farmacia aplicará su beneficio de indemnización para medicamentos con receta a una sola receta en la farmacia. Si queda algún beneficio de indemnización, recibirá ese monto en forma de cheque al final del mes.

6. ¿Qué ocurre si necesito un medicamento con receta genérico y uno de marca el mismo día?

Si su plan cubre recetas de marca bajo el beneficio de indemnización, el plan pagará la cantidad establecida por día por un medicamento genérico y la cantidad establecida por día por una receta de marca. Si tiene un plan combinado, el plan pagará la cantidad establecida ya sea para un medicamento de marca o un medicamento genérico por día, pero no para ambos. Todos los planes incluyen descuentos en recetas no cubiertas y/o que exceden el límite de una por día.

Así es como su Beneficio de Indemnización para Medicamentos con Receta funciona:

Ejemplo 1 – Si su plan Paga:

Genérico - \$10 por día

Marca - \$50 por día

El límite máximo de año calendario para genéricos es de 12 días por asegurado

El límite máximo de año calendario para la marca es de 12 días por asegurado

En un día, usted o un dependiente cubierto odernan un medicamento genérico y uno de marca, como se muestra a continuación:

1 Genérico para un costo total de \$4

El plan le paga a la farmacia **\$4**

El plan le envía un cheque por **\$6**

1 de Marca para un costo total de \$38

El plan le paga a la farmacia **\$38**

El plan le envía un cheque por **\$12**

El beneficio diario para medicamentos genéricos y de marca ha sido satisfecho. Cualquier receta adicional que sea ordenada por ese asegurado , en el mismo día, se le aplicara un descuento.

Ejemplo 2 – Si su plan Paga:

Genérico - \$25 por día

Marca - \$50 por día

El límite máximo de año calendario para genéricos es de 12 días por asegurado

El límite máximo de año calendario para la marca es de 12 días por asegurado

En un día, usted o un dependiente cubierto odernan un medicamento genérico y uno de marca, como se muestra a continuación:

1 Genérico para un costo total de \$30

El plan paga a la farmacia **\$25**

Usted es responsable de pagar **\$5**

1 de Marca para un costo total de \$60

El plan paga a la farmacia **\$50**

Usted es responsable de pagar **\$10**

El beneficio diario para medicamentos genéricos y de marca ha sido satisfecho. Cualquier receta adicional que sea ordenada por ese asegurado , en el mismo día, se le aplicara un descuento.

Al utilizar los proveedores de la red puede estirar su dinero en beneficios



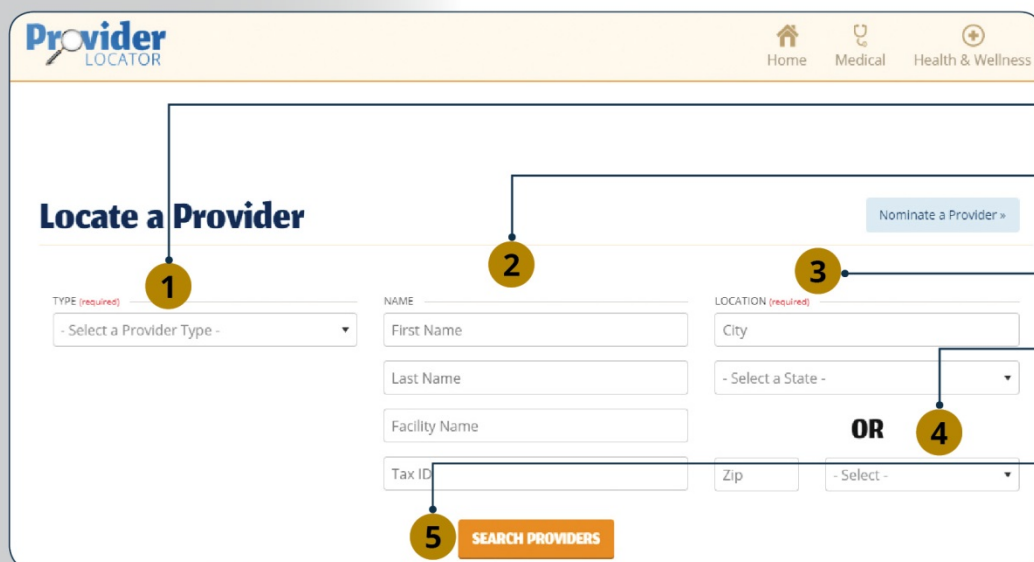
First Health es más que una red de proveedores PPO, es una organización de gestión de salud completa, la cual ofrece oportunidades de ahorro basados en una contratación directa a nivel nacional. Proporciona acceso a más de 5,000 hospitales y 695,000 médicos y profesionales de la salud a nivel nacional.

First Health esta altamente comprometido en la seguridad del paciente ejerciendo un cuidado en la selección y evaluación de proveedores para nuestra red. A través de un proceso de acreditación y re acreditación se minimiza el riesgo desfavorables, que a su vez, afecta los resultados clínicos y costos.

Además de la red First Health, nuestros miembros también tienen acceso a una red secundaria o Red Wrap que proporciona un acceso más amplio a médicos y profesionales de la salud en zonas urbanas, suburbanas y rurales.

Para buscar proveedores y hospitales participantes, llame al **1-888-561-5759** o visite www.providerlocator.com/palichf para buscar en línea

Localizador de Proveedores



The screenshot shows the 'Provider Locator' website. At the top, there are navigation links: Home, Medical, and Health & Wellness. The main heading is 'Locate a Provider'. Below this, there are five numbered steps indicated by yellow circles with numbers 1 through 5:

- 1**: Select a Provider Type (required) from a dropdown menu.
- 2**: Enter Name (First Name, Last Name, Facility Name, and Tax ID).
- 3**: Enter Location (City, State, and Zip) (required).
- 4**: Select a distance from the location (optional).
- 5**: Click the 'SEARCH PROVIDERS' button.

There is also a 'Nominate a Provider' link.

Siga Estos Pasos

1. Seleccione la especialidad y/o el tipo de proveedor que desea localizar.
2. (Opcional) Complete estos campos si está buscando a un proveedor específico.
3. Seleccione la ubicación por ciudad, estado o código postal.
4. (Opcional) También puede seleccionar la distancia desde su ubicación.
5. Haga clic aquí para iniciar su búsqueda

Los servicios de la Red de Proveedores PPO se proporcionan a través de Recuro Health. Pan-American Life y Recuro Health no están afiliadas.

¡Hemos simplificado el acceso a los servicios de salud para usted!

Con HealthiestYou usted puede consultar a un médico, recibir tratamiento, y obtener medicamentos recetados las 24 horas al día los 7 días de la semana, ya sea a través de una llamada telefónica o a través de una aplicación en su teléfono móvil. El utilizar HealthiestYou puede AHORRARLE MUCHÍSIMO DINERO además de evitar el tener que pasar horas en salas de espera. ¡Y lo mejor de todo es que es GRATIS!

¡HY puede gestionar más del 70%
de las consultas médicas!

9 Consultas Médicas Principales

Alergias, bronquitis, dolor de oídos, dolor de garganta, sinusitis, conjuntivitis, estreptococo, infección respiratoria e infección de las vías urinarias



ACCESO ILIMITADO A MÉDICOS 24X7

¿Está enfermo? ¡Llame primero a HealthiestYou! Nuestra red de médicos puede diagnosticarlo, proveerle tratamiento y recetarle sin costo alguno, no importa el lugar. ¡En serio!



COMPARE PRECIOS DE PROCEDIMIENTOS

¿Necesita un MRI o una ecografía? Nuestra aplicación lo coloca en el asiento del conductor ya que le provee una herramienta para buscar y averiguar el precio de los servicios médicos en su área específica. ¡Felices compras!



INSCRÍBASE Y ACCESE SU CUENTA

member.healthiestyou.com

No internet? Llame a un médico
(866) 894-9627



AHORROS EN MEDICAMENTOS

¿Necesita un medicamento recetado? Nuestro buscador geográfico podrá ahorrarle hasta un 85% en sus medicamentos recetados.



CONTENIDO DE GESTIÓN DE SALUD

¿Se siente estresado? Permítale a HealthiestYou ayudarlo mejorando su salud y proporcionándole paz mental mediante el acceso a su sitio de información de salud relevante en el momento en que más lo necesita.

Y no olvide descargar la aplicación



HealthiestYou no es un seguro médico y es ofrecido por HY Holdings Inc. Pan-American Life y HY Holdings Inc. no están afiliadas.



(Incluido con Planes 1 y 2)

Permítanos encargarnos de los asuntos de salud

Los beneficios de salud pueden ser confusos. A medida que el costo de los servicios médicos sigue aumentando, puede ser frustrante y agotador encontrar un plan de salud que se ajuste a sus necesidades.

Estamos disponibles para simplificar su experiencia con los servicios de salud y ayudarlo a tomar control de sus gastos médicos. Su asesor personal de Health Pro® se encarga de ayudarlo, para que usted pueda dedicarle su tiempo a otras cosas más importantes. Podemos ayudarlo a...

- **Entender sus Beneficios**

Aclarar cualquier confusión relacionada con su plan de salud.

- **Encontrar médicos excelentes**

Identificar médicos, dentistas y profesionales de salud reconocidos.

- **Ahorrar dinero en sus servicios de salud**

Comparar precios y seleccionar las opciones más razonables según el costo.

- **Pagar menos por sus prescripciones**

Obtener recomendaciones para medicamentos a un precio reducido.

- **Solucionar errores de facturación**

Más de un 30% de las facturas médicas contienen errores. Es importante comprobar que no tenga cargos adicionales.

- **Coordinar citas**

Coordinar citas a la hora que sea más conveniente para usted.



alight.com

1-800-513-1667 (ext. 478)

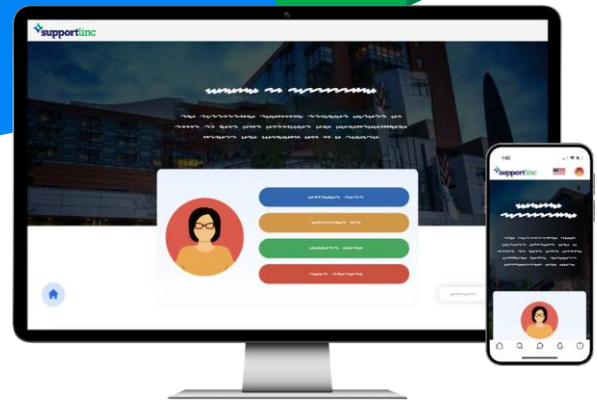
member.alight.com

1-800-421-4742



Recursos para el bienestar emocional y la conciliación de la vida laboral y personal para sacar lo mejor de usted

SupportLinc ofrece consejos por parte de expertos para ayudarles a usted y a su familia a afrontar y resolver los problemas del día a día



Apoyo en el momento

Comuníquese con un médico licenciado por teléfono las 24 horas del día durante los 365 días del año cuando llame para recibir asistencia.



Asesoramiento a corto plazo

Acceda a sesiones gratuitas de asesoramiento de manera presencial o virtual (por video) para resolver problemas emocionales como estrés, ansiedad, depresión, agotamiento o consumo de drogas.



Beneficios laborales y personales

Obtenga referencias económicas y legales, así como recursos para cuidados de ancianos o infantiles, mascotas, renovaciones en el hogar, viajes, educación y mucho más.



Confidencialidad

Estándares estrictos de confidencialidad para asegurar que nadie sepa que accedió al programa sin su permiso por escrito, a menos que así lo requiera la ley.

El portal web y la aplicación móvil

- Cree un perfil personal para acceder rápidamente al apoyo de un médico licenciado
- Complete la breve evaluación del Navegador para la salud mental y reciba orientación personalizada e instantánea para tener acceso a atención y soporte
- Reciba recomendaciones y opciones de asistencia según sus necesidades particulares
- Envíese mensajes de texto con un orientador
- Asista a sesiones anónimas de apoyo en grupo para tratar una serie de temas
- Mejore su salud mental y bienestar general a su propio ritmo mediante terapia digital autoguiada
- Descubra cursos rápidos, autoevaluaciones, calculadoras financieras, recursos para carreras profesionales, artículos, documentos con consejos y videos



Pruebe Mindstream™

Un gimnasio para la mente con sesiones en vivo y por pedido para ayudarle a fortalecer sus habilidades vitales y su salud emocional. Participe en sesiones en cualquier momento y cualquier lugar. Visite esta herramienta a diario para hacer un seguimiento de su progreso y explorar nuevos lanzamientos.



¡Descargue la aplicación móvil hoy mismo!



888-539-3327



supportlinc.com
código grupal: panamerican

Apoyo para los Miembros

¿Qué es el apoyo para los miembros?

El apoyo para los miembros es un equipo interno que trabaja exclusivamente en representación de nuestros miembros para ayudarlos a reducir los costos médicos y el nivel de estrés que puede producir el proceso de facturación. Estos representantes también pueden ayudar a los miembros a buscar programas comunitarios, hospitales, compañías farmacéuticas, y proveedores que ofrezcan tratamientos a un costo razonable. Además, sirven como punto de contacto para ayudar a solucionar facturas pendientes o complicadas. Incluso, están disponibles para hablar personalmente con cada miembro individualmente, al igual que con sus médicos y centros de atención médica, para que todas las partes estén informadas de los beneficios y puedan tomar decisiones informadas para planificar el curso de los tratamientos.

Los representantes pueden ayudar con:

- Facturas médicas y costos de medicamentos
- Laboratorios y radiografías
- Tomografías (CT Scans) / Resonancias Magnéticas (MRI)
- Coordinación de citas para procedimientos quirúrgicos
- Equipo médico duradero
- Suministros para diabéticos
- Reclamaciones complicadas y asuntos relacionados con la facturación

Ayudan a reducir los costos al:

- Negociar balances
- Obtener los servicios de proveedores que ajusten proporcionalmente el costo de los tratamientos
- Coordinar planes de pago para facturas anteriores
- Solicitar descuentos por pagos globales para saldar cuentas
- Localizar programas comunitarios que ofrezcan servicios especializados o limitar gastos recurrentes a causa de condiciones crónicas
- Contactar farmacias con programas de descuento

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros

Los representantes de servicio para miembros de Pan-American Life son responsables de que los clientes reciban la mejor asistencia para sus preguntas e inquietudes. Nuestros representantes interactúan con los miembros y administradores a través de variados medios: por teléfono, fax, correo electrónico u ordinario.

Podemos ayudar a miembros, compañías y proveedores con:

- Apoyo para los Miembros
- Tarjeta de Identificación
- Información del Plan
- Verificación de Beneficios
- Beneficios de Recetas
- Información en la Red PPO
- Administración de Cuenta
- Reclamos
- Y más!

Lunes a viernes, de 7:30 AM – 5:00 PM, hora central



1-800-999-5382

Servicios bilingües (Ingles-Español)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PARA EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Esta descripción de la cobertura brinda un resumen de algunas de las características importantes de su certificado de seguro. Esta descripción de la cobertura no es un contrato de seguro y regirán únicamente las disposiciones reales del certificado. Su certificado incluye en detalle los derechos y las obligaciones de usted, de su empleador, y de Pan-American Life Insurance Company. Revise cuidadosamente su certificado para obtener información adicional. Puede revisar su certificado a través de nuestro portal web en www.mypalico.com, o puede llamar a nuestros Servicios para Miembros y solicitar una copia.

Categorías de cobertura: El certificado incluye un **plan de indemnización de beneficios limitados**, también conocido como cobertura fija de indemnización. Los planes de indemnización limitada son diferentes de la cobertura de gastos médicos mayores y no están diseñados para cubrir todos los gastos médicos ni cumplen con los estándares mínimos requeridos por la Ley de Atención Asequible para la cobertura de gastos médicos mayores. Los pagos se basan en un monto fijo por día en el Resumen de Beneficios, en lugar de un porcentaje del cargo del proveedor. Si necesita cobertura amplia para gastos médicos mayores, pueden existir otras opciones disponibles para usted y su familia. Visite www.healthcare.gov para obtener más información.

Beneficios: Los niveles de beneficios se describen en su **Resumen de Beneficios**. Algunos de los beneficios incluidos en su plan pueden aparecer como cláusulas adicionales y estos se pueden encontrar en su **Resumen de Beneficios**.

La **Tabla de contenido** muestra dónde puede encontrar más información sobre: elegibilidad, beneficios, exclusiones y limitaciones, y otros términos y condiciones importantes.

Excepciones, reducciones y limitaciones: Sus beneficios están sujetos a ciertas exclusiones, limitaciones y condiciones para mantener los beneficios en vigor.

Consulte la sección titulada “**Exclusiones y limitaciones**” para obtener más detalles sobre éstas y otras exclusiones y limitaciones. La primera página del **Resumen de Beneficios** proporciona información sobre el **Período de espera** y la **reducción con base en la edad en los Beneficios del seguro de vida**, si procede.

Continuación de la Cobertura: La elegibilidad para la cobertura se describe en las secciones tituladas **Elegibilidad para empleados** y **Elegibilidad para dependientes** de su certificado. Su cobertura no puede comenzar hasta después del período de espera, como se describe en la primera página del **Resumen de Beneficios**. La sección de **Terminación de la cobertura** de su certificado explica cuándo se terminará su cobertura. En determinadas circunstancias, puede continuar con su cobertura durante un periodo limitado si queda discapacitado. Consulte la sección de **Extensión debido a una discapacidad total** para obtener más información. Además, usted puede ser elegible para continuar la cobertura en virtud de las leyes aplicables de COBRA. Consulte la sección de **Continuación de los derechos de la cobertura en virtud de la COBRA** para obtener más detalles.

Prima o contribución: El costo de esta cobertura está incluido en las primas pagadas por su plan de beneficios. Su empleador deducirá su contribución de su cheque de sueldo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DE PANAMED

Esta es una lista general de las exclusiones y limitaciones, las cuales pueden variar de acuerdo al estado. Los beneficios no son pagaderos con respecto a cualquier cargo, servicio o evento excluidos como se establece a continuación.

1. Los cargos de servicios médicos o dentales de cualquier tipo, o cualquier suministro médico o ayudas visuales o auditivas, o cualquier otro alimento, suplemento o vitamina, o medicamento, en el entendido de que la Póliza pagará los Beneficios de indemnización establecidos en el Resumen de Beneficios para una hospitalización o cualquier otro evento cubierto, sin tener en cuenta los cargos reales efectuados por parte de un proveedor de bienes o servicios.
2. Cualquier reclamación relacionada con una hospitalización u otro evento cubierto, donde la hospitalización o el otro evento cubierto ocurrió antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Póliza, o después de que se termina la cobertura.
3. Una reclamación que surja de la insurrección, rebelión, participación en un motín, comisión o tentativa de cometer un asalto, violencia, delito grave, o un acto de agresión.
4. Una reclamación que surja de guerra declarada o no declarada o actos relacionados con ésta. Para el seguro de vida: Como resultado del incidente de riesgos especiales en el servicio militar, naval o de las fuerzas aéreas de cualquier país, combinación de países u organización internacional, si la causa de la muerte se produce mientras el asegurado está sirviendo en dichas fuerzas, siempre que la muerte se produzca dentro de los seis (6) meses después de la terminación del servicio en dichas fuerzas.
5. Una reclamación derivada de lesiones corporales accidentales que se produzcan mientras que presta servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional (cualquier prima pagada se devolverá de manera proporcional para cualquier período de servicio activo a tiempo completo).
6. Una reclamación relacionada con una lesión o enfermedad que surja en el transcurso de un trabajo para el cual se recibe un sueldo o ganancia o que está cubierto por cualquier Ley de indemnización por accidentes laborales, Ley sobre enfermedades ocupacionales o una ley similar.
7. Con respecto a un beneficio en caso de fallecimiento, la reclamación relacionada con lesiones sufridas mientras la Persona Cubierta estaba operando un vehículo de motor bajo la influencia del alcohol según se determine por el nivel de alcohol en la sangre en exceso del límite legal estatal de intoxicación.
8. Una reclamación que surja de los servicios mediante capacitación o pruebas educativas o vocacionales.
9. Una reclamación relacionada con el cuidado de custodia.
10. Una reclamación derivada de servicios médicos prestados a la Persona Cubierta para fines cosméticos o para mejorar la auto-percepción de una persona en cuanto a su apariencia, con la excepción de: cirugía plástica reconstructiva después de un accidente con el fin de restablecer una función corporal normal, o una cirugía para mejorar deficiencias funcionales mediante la alteración anatómica que sea necesaria como consecuencia de un defecto de nacimiento, o reconstrucción de seno después de una mastectomía.
11. Aparte de una reclamación de beneficios en caso de muerte, cualquier reclamación derivada de un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la obesidad o con la finalidad de facilitar la reducción de peso.
12. Aparte de una reclamación de beneficios en caso de muerte, cualquier reclamación derivada del tratamiento de infertilidad.
13. Para el beneficio de enfermedades específicas, cáncer no incluye las neoplasias malignas, el cáncer in situ y los cánceres de piel, excepto el melanoma. Para el accidente cerebrovascular, se excluyen los ataques isquémicos transitorios (AIT). Los grupos en Pennsylvania tienen una exclusión de condición preexistente. La exclusión por condición preexistente significa una enfermedad o condición física por la cual se ha recibido consejo o tratamiento médico por el cual, en los 3 meses anteriores a la cobertura de la póliza de una persona cubierta, la persona cubierta recibió consejo o tratamiento médico. No pagaremos beneficios por cualquier reclamo que sea causado por una condición preexistente o que resulte de ella si el diagnóstico de una enfermedad específica definida ocurre durante los primeros 12 meses que una persona cubierta está asegurada bajo esta póliza.

DISPOSICIÓN - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL BENEFICIO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Además de la Limitación y Exclusiones Generales de la Póliza, no se proporcionan beneficios por la pérdida, lesión o enfermedad de un Empleado Cubierto, la cual resulte directa o indirectamente, total o parcialmente, de:

1. Suicidio, auto-destrucción, intento de auto-destrucción o lesión intencionalmente auto-infligida, ya sea en su sano juicio o no.
2. Enfermedad o trastorno del cuerpo o la mente.
3. Tratamiento médico o quirúrgico o diagnóstico del mismo.
4. Pérdida, lesión o enfermedad que ocurra después de la Terminación de la cobertura.
5. Infecciones bacterianas o por protozoos, excepto las infecciones piógenas al mismo tiempo y como resultado de una herida visible.
6. Asfixia por inhalación voluntaria o involuntaria de gases y no como resultado del trabajo de la Persona Cubierta.
7. Viaje o vuelo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluyendo al abordar o bajarse de los mismos:
 - a. Cuando se usa para cualquier prueba o propósito experimental; o
 - b. Mientras que la Persona Cubierta está operando, aprende a operar o sirve como un miembro de la tripulación del mismo; o
 - c. Cualquier tipo de avión o dispositivo que es propiedad o está arrendado por o en nombre del Titular de la Póliza de cualquier subsidiaria o afiliada al Titular de la Póliza, o por la Persona Cubierta o cualquier miembro de su grupo familiar; o
8. Tomar voluntariamente cualquier droga o narcótico, a menos que la droga o el narcótico sean recetados por un médico.
9. Ataque al corazón, derrame cerebral u otras enfermedades o trastornos del aparato circulatorio, ya sea o no conocida o diagnosticada, a menos que la causa inmediata de la pérdida es un traumatismo externo.

Divulgación de Beneficios por Incapacidad para Residentes de Nueva York

Si su plan incluye un beneficio por discapacidad: Pan-American Life Insurance Company puede proporcionar beneficios por discapacidad a corto plazo para sus empleados bajo una Póliza de indemnización hospitalaria emitida para usted como patrocinador del plan. Bajo la Ley de Nueva York, Sección 1101 (b) (2) (B) (i) (I) (aa) y 1101 (b) (2) (B) (ii) la Póliza de Pan- American puede cubrir a sus empleados en Nueva York, incluso aunque Pan-American Life Insurance Company no es un operador autorizado en Nueva York. Sin embargo, tenga en cuenta que los beneficios por discapacidad a corto plazo proporcionados a sus empleados de Nueva York no cumplirán con los requisitos de la Ley de Beneficios por Discapacidad de Nueva York (DBL). Para obtener la cobertura adecuada para que sus empleados de Nueva York cumplan con la ley de Beneficios de discapacidad de Nueva York, debe comunicarse con su agente para obtener cobertura de compensación para trabajadores.

Preguntas Frecuentes

Plan de Atención Preventiva

1. **Si bien el empleado es un participante en el plan de atención preventiva, ¿será elegible para un subsidio de prima en relación con cualquier plan ofrecido en un intercambio establecido en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA por sus siglas en Inglés)?**
No.
2. **¿Están los servicios de atención preventiva cubiertos sólo cuando se realizan dentro de la red?** Sí, estos servicios preventivos están cubiertos solamente en virtud del plan de atención preventiva cuando los proporciona un proveedor de la red.
3. **¿Cómo un miembro determina cuáles proveedores participan en la red?** La participación en la red PPO puede ser verificada con una simple llamada telefónica o en línea. El número directo gratuito y el enlace a la página web se pueden encontrar en la sección de Red de Proveedores PPO de esta guía, en su tarjeta de identificación y en nuestro portal web. El asegurado es responsable de verificar la participación actual de su proveedor en la Red PPO.
4. **¿Pueden los dependientes estar asegurados en este plan?** Sí. Si el miembro está cubierto por PanaBridge Advantage, los dependientes también son elegibles para la cobertura.

Plan de Indemnización de Beneficios Limitados PanaMed

1. **¿Es PanaMed una cobertura para gastos médicos mayores?** No. PanaMed es un plan de indemnización de beneficios limitados. No es un seguro básico de salud ni una cobertura de gastos médicos mayores y no está diseñado como un sustituto de cualquier cobertura. PanaMed paga un monto fijo de beneficios para ayudar a cubrir los costos de los servicios médicos comunes. El plan no está diseñado para cubrir los costos de las enfermedades graves o crónicas. Contiene límites específicos en dólares que se pagarán por día por sucesos médicos, los cuales no se pueden sobrepasar. Los límites específicos en dólares se indican en el resumen de beneficios.
2. **¿Tiene PanaMed exclusiones o limitaciones?** Los beneficios están sujetos a ciertas exclusiones, limitaciones y condiciones para mantener los beneficios en vigor. Por ejemplo, no hay beneficios para los siguientes sucesos médicos: tratamientos de infertilidad, cirugía estética, asesoría para enfermedades mentales o abuso de sustancias, obesidad, reducción de peso o control dietético, terapia física. Esta es una lista parcial de los sucesos que no están cubiertos. Los miembros deben consultar su certificado para determinar cuáles beneficios están disponible. Puede encontrar información adicional en nuestro portal web en www.mypalco.com.
3. **¿Proporcionará el plan PanaMed un beneficio de indemnización para cualquier médico u hospital?** Sí. El miembro es libre de buscar los servicios de cualquier médico con licencia u hospital acreditado. No hay ningún requisito de que el médico o el hospital pertenezcan a una red PPO para recibir los beneficios.
4. **¿Qué es una Red PPO y cuál es la ventaja de utilizarla?** PPO es la abreviatura de Organización de Proveedores Preferidos. Esta organización de proveedores (la cual se conoce como "red") ha convenido en prestar sus servicios con descuentos negociados, lo cual reduce su costo de desembolso en efectivo. Si bien PanaMed se puede utilizar en cualquier hospital o consultorio médico, se alienta a los miembros a que utilicen la Red PPO para recibir los precios con descuentos de los proveedores.
5. **¿Hay alguna exclusión de condiciones preexistentes en el plan?** No, debido a que es un plan de indemnización de beneficios limitados, no hay exclusiones de condiciones preexistentes.
6. **¿Son los beneficiarios de Medicare y Medicaid elegibles para este plan?** Únicamente usted puede determinar si PANAMED es el plan que más le conviene. A medida que vaya considerando sus opciones, recuerde que cuando coordina los beneficios de Medicare o Medicaid con la cobertura de PANAMED, PANAMED se considera como la cobertura primaria. Por lo tanto, los beneficios que están disponibles bajo PANAMED se aplican a la cobertura antes de que Medicare y/o Medicaid efectúe cualquier pago.
7. **¿Se puede utilizar el plan PanaMed si el asegurado tiene otro seguro de salud?** Sí. Los beneficios especificados pagan independientemente de cualquier otra cobertura colectiva privada.