

Med+Max™

Seguros de Salud



Ofrece seguros médicos con las cuotas más accesibles del mercado

- Seguros de salud con beneficios definidos y Emisión garantizada
- 3 opciones de cobertura con cuotas razonables para individuos, familias y grupos
- Usted escoge la cobertura adecuada para sus necesidades y presupuesto

Ventajas

- Emisión garantizada - No hay preguntas o exámenes médicos para afiliarse
- Libertad para escoger los mejores médicos y hospitales o usar la red de proveedores mejor en los EE. UU.
- Cobertura a bajo costo con cuotas mensuales razonables
- No hay deducibles o co-pagos
- Renovación garantizada
- Cumple con los requisitos de HIPPA
- Seguro portátil – Aceptamos certificados de “Creditable Coverage”
- Aseguradoras con las mejores calificaciones financieras
- Accesible a los afiliados de CPAI

Beneficios

- Honorarios médicos dentro y fuera del hospital
 - Habitación y alimentación hospitalaria hasta \$1,000 por día y 100 días por año
 - Unidad de cuidados intensivos hasta \$1,000 5 días al año (opcional)
 - Cirugía dentro y fuera del hospital hasta 100% del RBRVS por cirugía
 - Anestesia dentro y fuera del hospital hasta 20% de los honorarios del cirujano
 - Cobertura de maternidad
 - Enfermedades críticas hasta \$10,000
 - Hasta \$75 para visitas al médico, 5 al año
 - Hasta \$150 para 1 visita al año para cuidados preventivos o de rutina
 - Hasta \$150 para servicios de laboratorio, diagnósticos y rayos-x
 - Hasta \$5,000 para servicios médicos a causa de un accidente
 - Hasta \$5,000 de Seguro de vida
- 2 opciones adicionales:**
- Enfermedades críticas (para los dependientes del asegurado)
 - Prescripciones médicas

¡IMPORTANTE! Med+Max no es un seguro medico gastos mayores. Este plan tampoco es un plan suplementario de Medicare pero es una alternativa de bajo costo con límites de cobertura específicos para los servicios médicos más requeridos. Si usted tiene un seguro médico de gastos mayores no debe reemplazar esa cobertura con este plan. Puede, sin embargo, agregar esta cobertura.

Los 3 Planes de **Med+Max** le ofrecen seguros médicos con cobertura de enfermedades críticas y 2 opciones adicionales para Enfermedades Críticas para los dependientes y para Medicamentos que se pueden agregar a los planes médicos. El plan de medicamentos también es disponible por sí solo.

Puede elegir cualquiera de los 3 planes junto con su esposo(a) e hijos.

Beneficio	Plan Silver	Plan Gold	Plan Diamond
Servicios Médicos			
Visitas al Médico: Para tratamientos de lesiones o enfermedades.	\$50 por visita hasta 5 al año/ 5 por cada miembro de familia	\$75 por visita hasta 5 al año/ 5 por cada miembro de familia	\$75 por visita hasta 5 al año/ 5 por cada miembro de familia
Cuidados Preventivos: Paga la cantidad estipulada.	\$100 por visita/ 1 al año	\$100 por visita/ 1 al año	\$150 por visita/ 1 al año
Servicios de Laboratorio, Diagnósticos y Rayos X: Paga hasta la cantidad estipulada.	\$50 por visita, hasta 3 al año.	\$100 por visita, hasta 3 al año.	\$150 por visita, hasta 3 al año.
Hospitalización			
Hospitalización – Habitación y Alimentación: Paga hasta la cantidad estipulada si es admitido a un hospital debido a lesiones o enfermedades cubiertas. No se limitan el número de hospitalizaciones por año pero hay un máximo de cobertura de 100 días al año. (incluyendo el primer día de hospitalización).	\$750 1er día, \$750 por los días siguientes, máximo 100 días	\$1,000 1er día, \$1,000 por los días siguientes, máximo 100 días	\$1,000 1er día, \$1,000 por los días siguientes, máximo 100 días Paga \$1,000 extra por cada día (5 días máximo) para unidades de cuidados intensivos
Cirugía (Hospitalizado o Ambulatorio): Paga hasta la cantidad estipulada por honorarios de cirujanos por cirugías requeridas debido a lesiones o enfermedades cubiertas. Reembolsos como estipulado en el Resource Based Relative Value System.	50% del RBRVS por cirugía NO hay cobertura para anestesia	80% del RBRVS por cirugía Anestesia: hasta 20% de los honorarios del cirujano	100% del RBRVS por cirugía Anestesia: hasta 20% de los honorarios del cirujano
Abuso de Substancias y Enfermedades Mentales: Paga por acceso, 24-horas al día, a visitas con un consejero. Si el consejero determina que admisión a un centro para el tratamiento es requerido, la persona será referida a un centro aprobado por la Compañía.	3 visitas al año	3 visitas al año	3 visitas al año
Enfermedades Críticas			
Enfermedades Críticas: Todos los afiliados a los seguros médicos de Med+Max tienen cobertura (afiliados únicamente, cobertura opcional para los dependientes a costo adicional)	\$2,500	\$5,000	\$10,000
Accidente			
Accidente: Paga hasta la cantidad estipulada por accidente cubierto. 1 accidente por persona por año. Paga una porción de los gastos médicos por lesiones a causa de un accidente incurridos dentro de 90 días desde la fecha del accidente.	\$2,500 por accidente \$100 deducible 80% Coaseguro	\$5,000 por accidente \$100 deducible 80% Coaseguro	\$5,000 por accidente \$100 deducible 80% Coaseguro
Vida			
Seguro de Vida: Paga hasta la cantidad estipulada si un asegurado fallece, la cobertura de su esposo(a) es del 50% de la cantidad estipulada, la cobertura de los hijos es del 25% de la cantidad estipulada. (solo los incluidos en la póliza)	\$5,000 al asegurado \$2,500 a su esposa(o), \$1250 a su(s) hijo(s)	\$5,000 al asegurado \$2,500 a su esposa(o), \$1250 a su(s) hijo(s)	\$5,000 al asegurado \$2,500 a su esposa(o), \$1250 a su(s) hijo(s)

Este es un plan con Beneficios y Límites específicos de cobertura y cubre únicamente hasta los límites anuales especificados en la póliza.

La Cobertura y los Proveedores están sujetos a cambios, no están disponibles en todos los estados y pueden variar en ciertos estados. Todos los beneficios están sujetos a los límites y exclusiones estipuladas en su póliza.



Los Afiliados que participan en los planes de seguros médicos de **Med+Max** tienen cobertura automática (afiliado únicamente.) Los dependientes pueden obtener cobertura con un costo adicional.

Cobertura

Diagnosic de Enfermedad Crítica

Si el afiliado es diagnosticado con una enfermedad crítica (incluida en la lista siguiente), por un médico especialista, la Compañía pagará los beneficios estipulados de acuerdo con el plan seleccionado. La cobertura terminará una vez que el asegurado haya recibido el 100% de los beneficios estipulados.

Cáncer

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con Cáncer, más de 90 días después de la fecha efectiva de cobertura. (El beneficio es del 10% si el pago es 30 días después y antes de 90 días.)

Ataque Cardíaco

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con haber sufrido un Ataque Cardíaco más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Paro Renal

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con haber sufrido un Paro Renal más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Derrame Cerebral

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con haber sufrido un Derrame Cerebral más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Coma

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado en Estado de Coma más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Cirugía de Desvío (Coronary Artery Bypass Graft)

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con una condición que requiere Cirugía de Desvío y recibe la cirugía más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura. Este beneficio se paga una sola vez de por vida.

Perdida de la Vista, Mudez o Sordera

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con Perdida de la Vista, Mudez o Sordera más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Transplante de Órganos

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con una condición que requiere un Transplante de Órganos y recibe el transplante más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Parálisis

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con Parálisis más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

Quemaduras Severas

Paga el beneficio estipulado si el afiliado es diagnosticado con haber sufrido Quemaduras Severas más de 30 días después de la fecha efectiva de cobertura.

LOS BENEFICIOS SE REDUCEN AL CUMPLIR LOS 65 AÑOS DE EDAD. Condiciones Preexistentes se cubren después de 12 meses de cobertura continua. Esta ha sido una descripción breve de los beneficios. La Póliza contiene todos los detalles, límites y exclusiones. Algunos beneficios no son disponibles en todos los estados.

Cobertura para los Dependientes (Opcional)

Los beneficios descritos están incluidos en todos los planes y cubren al Afiliado únicamente. Si desea cobertura para sus dependientes solo tiene que incluirlos en su selección con un costo adicional por persona

\$10, \$20 y \$40 costo máximo para drogas genéricas y de marca

4 FORMAS DE AHORRAR – El Plan de Prescripciones Médicas le da una alternativa a los altos costos de medicamentos con un programa único de 4-Niveles con costos máximos para cada nivel.

El afiliado paga el precio mínimo estipulado de más de 4,600 medicamentos genéricos y de marca.

- ✓ **NIVEL 1 Medicamentos de \$10 o menos**
- ✓ **NIVEL 2 Medicamentos de \$20 o menos**
- ✓ **NIVEL 3 Medicamentos de \$40 o menos**
- ✓ **NIVEL 4 Medicamentos a precios reducidos**

Medicamentos del Nivel 4 se obtienen a precios reducidos a través de una cadena de farmacias con más de 50,000 establecimientos al nivel nacional incluyendo la mayoría de las cadenas nacionales principales.

OPCION DE PEDIDOS POR CORREO: Afiliados que requieren medicamentos de uso continuo (recetas para 90 días) pueden ahorrar aun más utilizando nuestro programa de envíos por correo.

Más de 50,000 Farmacias participan en nuestro plan

- No hay Formularios de Reclamo**
- No Hay Restricciones de Edad**
- No hay Periodos de Espera**
- No Hay Restricciones por Condiciones Preexistentes**
- Para todos los Afiliados**

Requisitos del miembro para Afiliarse



Sí es miembro de CPAI y:

- mayor de 18 años y menor de 65 años de edad;
- afiliado de 18 a 54 años de edad que trabaja, desempeña las labores normales de su trabajo o, si desempleado, desempeña las actividades normales de una persona de edad y sexo similares;
- afiliado de 55 a 64 años de edad debe trabajar un mínimo de 15 horas semanales, prueba de empleo requerida;
- residir en los EE UU;
- no esta prestando servicio militar; y
- no esta calificado para o recibiendo Medicare o recibiendo Worker's Compensation o incapacitado.

Requisitos de los dependientes para afiliarse

Sí su esposa(o) es menor de 65 años, y no esta legalmente separada(o), y su(s) hijo(s), incluyendo hijastro(s) y adoptado(s), no casados, que son sus dependientes y son menores de 19 (23 sí son estudiantes de tiempo completo) puede(n) afiliarse.

Los dependientes tienen que cumplir los mismos requisitos del asegurado para poder afiliarse.

Recién nacidos tienen cobertura desde el nacimiento si el asegurado informa a la Compañía y paga la prima requerida dentro de 31 días del nacimiento. O si no el recién nacido no podrá afiliarse hasta el próximo periodo de afiliación disponible.

Membresía

Las cuotas anuales de membresía son de \$20 individual y \$30 para toda la familia y se cobran el 1º de enero de cada año.

Estos planes de salud son únicamente para los miembros de CPAI.

¿Cómo aplicar? Sí es miembro de CPAI y mayor de 18 años y menor de 65 años, y afiliado de 18 a 54 años de edad que trabaja, desempeña las labores normales de su trabajo o, sí desempleado, desempeña las actividades normales de una persona de edad y sexo similares; afiliado de 55 a 64 años de edad debe trabajar un mínimo de 15 horas semanales (prueba de empleo requerida) y no residir en los EE. UU., no esta prestando servicio militar y no esta calificado para o recibiendo Medicare o recibiendo Worker's Compensation o incapacitado.

¿Dependientes? Sí su esposa(o) (es menor de 65 años, y no esta legalmente separada(o) o divorciada(o)) y su(s) hijo(s), incluyendo hijastro(s) y adoptado(s), no casados, que son sus dependientes y son menores de 19 (26 si son estudiantes de tiempo completo) puede(n) afiliarse.

Los dependientes tienen que cumplir los mismos requisitos del asegurado para poder afiliarse.

¿Cómo me afilio? Puede afiliarse yendo a www.cpaint.org y llenando el formulario. También puede llenar un formulario pidiendo información por correo electrónico en la pagina "Contáctenos" de este website, y un representante lo llamará, contestará sus preguntas e inclusive si lo desea puede ayudarle a afiliarse ahí mismo.

Si se afilia por el Internet no se le olvide imprimir una copia de su aplicación y guardarla como record de su transacción.

Las cuotas anuales de membresía son de \$20 individual y \$30 para toda la familia y se cobran el 1º de Enero de cada año.

Estos planes de salud son únicamente para los miembros de CPAI. Existe una cuota inicial de admisión de \$60 sin reembolso, no hay cargos adicionales cuando escoge cualquiera de las opciones de Enfermedades Críticas Plan o el Plan RX. Existe una cuota inicial para el Plan Rx de \$25 sin reembolso, pero únicamente cuando escoge este plan por sí solo.

¿Se requieren cuestionarios o exámenes médicos? No, el plan es de emisión garantizada para los miembros de CPAI y sus dependientes.

¿Cuándo entra en vigor la cobertura? Si se afilia antes del día 15 del mes su cobertura empieza a partir del 1º del mes siguiente si también hemos recibido las primas iniciales completas.

¿Cuándo termina la cobertura? La cobertura continúa en vigor hasta que cualquiera de lo siguiente ocurra:

Si el afiliado cancela; a cada fecha de renovación puede terminar la cobertura si lo desea; la fecha que termina su membresía; la fecha que cumple 70 años de edad; la fecha en que la póliza de grupo termina. La cobertura de los dependientes termina al mismo tiempo con la del afiliado o cuando el afiliado pide cancelación o el dependiente deja de cumplir con los requisitos del plan. Debemos recibir su petición escrita antes del día 15 del mes para evitar que se le cobre por el próximo mes.

¿Cómo se pagan las primas? Todas las primas se deben pagar por adelantado y se cargan a su cuenta corriente bancaria cada mes alrededor del día 20 del mes.

¿Cómo puedo realizar una reclamación? Solo requiere que envíe el formulario de reclamo "Health Insurance Claim Form" dentro de 90 días de ocurrido el evento.

Solicitudes de Reclamación, Formularios de Reclamos y sus instrucciones se encuentran en el Manual del Usuario que se le envió al afiliarse o en nuestro website www.cpaint.org/medmax/formularios.

¿Hay limites para condiciones preexistentes? Cualquier enfermedad o lesión por la que el afiliado ha recibido diagnostico, tratamiento médico, o si tenía síntomas o pidió consejo en los doce meses previos a la afiliación; Incluyendo cualquier condición que haya manifestado síntomas en cuyo caso una persona prudente hubiera pedido consejo, diagnosis o tratamiento.

Gastos Médicos, de Hospitalización o Cirugía y Enfermedades Críticas preexistentes no tienen cobertura por los primeros 12 meses después de la fecha inicial de cobertura.