

Como Funciona OptiMed?

Es Simple....

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

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

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

OPTIMED - OPCIONES DE BENEFICIOS (Máximo beneficio por persona)	Beneficio
Máximo beneficio médico por persona durante el año de calendario	\$100,000
Beneficio de Visitas de Oficina Médica - \$240 máximo por año de calendario	\$40 por visita
Beneficio de Sala de Emergencia - Enfermedad – Incluido en el Máximo de Visitas Médicas Generales	\$40 por visita
Beneficio de Salud - \$150 máximo por año de calendario	\$50 por visita
Radiografías y Laboratorio para Pacientes Que No Son Internados	Aplican Descuentos del PPO
Beneficio de Sala de Emergencia - Accidentes - (Para tratamiento de emergencia realizado durante las primeras 72 horas)	\$300 por visita
Cirugía Planificada – Pacientes Hospitalizados	Aplican Descuentos del PPO
• Cirugía Planificada – Pacientes Ambulatorios	Aplican Descuentos del PPO
• Anestesiología - Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios	Aplican Descuentos del PPO
Indemnidad para Confinamiento de Hospital (Enfermedades y Accidentes) Requiere 24 horas de estadía	\$100 por día
• Cuidado Intensivo – Máximo de 30 días por año de calendario (Pago sobre el beneficio de confinamiento de hospital)	\$100 por día
• Abuso de Substancias – Máximo de 30 días por año de calendario	\$100 por día
• Enfermería Profesional - Estadía bajo cuidado de enfermeros capacitados después de 3+ días de hospitalización. 60 días máximo	\$50 por día
• Enfermedades Mentales - \$5,000/máximo por año & \$30,000/máximo por vida	\$100 por día
Seguro de Vida Temporal / AD&D	\$5,000/\$5,000
Dependientes – Seguro de Vida Temporal Solamente	
• Empleado	\$5,000
• Esposa/o	\$2,500
• Hijos 6 meses - 19, 25 si es estudiante de tiempo completo	\$1,250
• Infantes 14-días - 6 meses	\$125
Tarjeta de Prescripciones (Tarjeta de descuentos para prescripciones de/sin formulario - Descuentos Solamente)	\$10/\$20/\$40 Tarjeta de Descuento de Formulario

Tarifas Mensuales	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
Tarifa	\$48.12	\$78.06	\$100.85

**Red Médica de PPO:
Beechstreet**

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

Beneficios Adicionales Incluidos:

Red de PPO Nacional - Visitas Gratuitas con Doctores por el Internet
Servicios de Cuidado Catastrófico - Gerencia de Enfermedades
Cuidado de Maternidad - Programa Nacional de Laboratorio
Red Nacional de Dentistas - Plan Nacional de Visión
Línea de Enfermería 24 Horas Diarias - Sección 125 Gratuita
Plane Premium Solamente (POP) - Administración Gratuita de Cobra



Accesos: Administrado por United Group Programs, Inc. Prescripciones, seguro de vida temporal, AD&D y beneficios médicos suscritos por Fidelity Security Life Insurance Company, Kansas City, MO 64111. Póliza Nos. LM-108/PD-273/PD-274. Formas de Póliza: M-6005/M-9031/M-9022

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verificar con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una Oferta de Venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada, Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El Programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.

OPTIMED - OPCIONES DE BENEFICIOS (Máximo beneficio por persona)				Beneficio
Máximo beneficio médico por persona durante el año de calendario				\$100,000
Beneficio de Visitas de Oficina Médica - \$360 máximo por año de calendario				\$60 por visita
Beneficio de Sala de Emergencia - Enfermedad – Incluido en el Máximo de Visitas Médicas Generales				\$60 por visita
Beneficio de Salud - \$150 máximo por año de calendario				\$50 por visita
Radiografías y Laboratorio para Pacientes Ambulatorios - \$300 máximo por año de calendario				\$30 por día
Beneficio de Sala de Emergencia - Accidentes - (Para tratamiento de emergencia realizado durante las primeras 72 horas)				\$500 por visita
Cirugía Planificada – Pacientes Hospitalizados:				Aplican Descuentos del PPO
• Cirugía Planificada – Pacientes Ambulatorios:				Aplican Descuentos del PPO
• Anestesiología - Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios:				Aplican Descuentos del PPO
Indemnidad para Confinamiento de Hospital (Enfermedades y Accidentes) Requiere 24 horas de estadía				\$500 por día
• Cuidado Intensivo – Máximo de 30 días por año de calendario (Pago sobre el Beneficio de Confinamiento de Hospital)				\$500 por día
• Abuso de Substancias – Máximo de 30 días por año de calendario				\$500 por día
• Enfermería Profesional - Estadía bajo cuidado de enfermeros capacitados después de 3+ días de hospitalización. 60 días máximo				\$250 por día
• Enfermedades Mentales - \$5,000/máximo por año & \$30,000/máximo por vida				\$500 por día
Seguro de Vida Temporal / AD&D				\$5,000/\$5,000
Dependientes – Seguro de Vida Temporal Solamente				
• Empleado				\$5,000
• Esposa/o				\$2,500
• Hijos 6 meses - 19, 25 si es estudiante de tiempo completo				\$1,250
• Infantes 14-días - 6 meses				\$125
Tarjeta de Prescripciones: Formulario de Prescripciones aplicable – Medicamentos fuera del formulario reciben descuento solamente (\$15 Co-pago: contraceptivos orales. Descuentos para marca. Se aplican Limitaciones/Exclusiones)				\$10 Genérica Co-pago
• Máximo por año de calendario – Empleado Solamente				\$2,500
• Máximo por año de calendario - Empleado +1				\$4,000
• Máximo por año de calendario – Familia				\$5,000
Tarifas Mensuales	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia	Red Médica de PPO: Beechstreet
Tarifa	\$87.22	\$154.41	\$207.92	

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

Beneficios Adicionales Incluidos:
Red de PPO Nacional - Visitas Gratuitas con Doctores por el Internet
Servicios de Cuidado Catastrófico - Gerencia de Enfermedades
Cuidado de Maternidad - Programa Nacional de Laboratorio
Red Nacional de Dentistas - Plan Nacional de Visión
Línea de Enfermería 24 Horas Diarias - Sección 125 Gratuita
Planes Premium Solamente (POP) - Administración Gratuita de Cobra



Accesos: Administrado por United Group Programs, Inc. Prescripciones, seguro de vida temporal, AD&D y beneficios médicos suscritos por Fidelity Security Life Insurance Company, Kansas City, MO 64111.
 Póliza Nos. LM-108/PD-273/PD-274. Formas de Póliza: M-6005/M-9031/M-9022

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verifique con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una Oferta de Venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El Programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.

OPTIMED - OPCIONES DE BENEFICIOS (Máximo beneficio por persona)	Beneficio
Máximo beneficio médico por persona durante el año de calendario	\$100,000
Beneficio de Visitas de Oficina Médica - \$450 máximo por año de calendario	\$75 por visita
Beneficio de Sala de Emergencia - Enfermedad – Incluido en el Máximo de Visitas Médicas Generales	\$75 por visita
Beneficio de Salud - \$150 máximo por año de calendario	\$75 por visita
Radiografías y Laboratorio para Pacientes Ambulatorios - \$300 máximo por año de calendario	\$40 por día
Beneficio de Sala de Emergencia - Accidentes - (Para tratamiento de emergencia realizado durante las primeras 72 horas)	\$1,000 por visita
Cirugía Planificada – Pacientes Hospitalizados - \$2,000 máximo por año de calendario. Ver Inventario de Cirugía	\$2,000
• Cirugía Planificada – Pacientes Ambulatorios - 50% de descuento	\$1,000
• Anestesiología - Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios	20% del Beneficio Quirúrgico
Indemnidad para Confinamiento de Hospital (Enfermedades y Accidentes)	\$800 por día
• Cuidado Intensivo – Máximo de 30 Días por año de calendario (Pago sobre el Beneficio de Confinamiento de Hospital)	\$800 por día
• Abuso de Substancias – Máximo de 30 días por año de calendario	\$800 por día
• Enfermería Profesional - Estada bajo cuidado de enfermeros capacitados después de 3+ días de hospitalización. 60 días máximo	\$400 por día
• Enfermedades Mentales - \$5,000/ máximo por año & \$30,000/máximo por vida	\$800 por día
Seguro de Vida Temporal / AD&D	\$5,000/\$5,000
Dependientes – Seguro de Vida Temporal Solamente	
• Empleado	\$5,000
• Esposa/o	\$2,500
• Hijos 6 meses - 19, 25 si es estudiante de tiempo completo	\$1,250
• Infantes 14-días - 6 meses	\$125
Tarjeta de Prescripciones <i>Formulario de Prescripciones se aplica – Medicamentos fuera del formulario reciben descuento solamente (Se aplican Limitaciones/Exclusiones)</i>	\$10 Co-pago Genérica \$15 Co-pago Contraceptivos \$50 Co-pago Marca
• Máximo por Año De calendario – Empleado Solamente	\$2,500
• Máximo por Año De calendario - Empleado +1	\$4,000
• Máximo por Año De calendario – Familia	\$5,000

Tarifas Mensuales	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
Tarifa	\$154.16	\$284.07	\$387.86

**Red Médica de PPO:
Beechstreet**

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

Beneficios Adicionales Incluidos:

- Red de PPO Nacional - Visitas Gratuitas con Doctores por el Internet**
- Servicios de Cuidado Catastrófico - Gerencia de Enfermedades**
- Cuidado de Maternidad - Programa Nacional de Laboratorio**
- Red Nacional de Dentistas - Plan Nacional de Visión**
- Línea de Enfermería 24 Horas Diarias - Sección 125 Gratuita**
- Planes Premium Solamente (POP) - Administración Gratuita de Cobros**



Accesos: Administrado por United Group Programs, Inc. Prescripciones, seguro de vida temporal, AD&D y beneficios médicos suscritos por Fidelity Security Life Insurance Company, Kansas City, MO 64111. Póliza Nos. LM-108/PD-273/PD-274. Formas de Póliza: M-6005/M-9031/M-9022

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verifique con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una Oferta de Venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El Programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.

PLANES DENTALES

Ahora participación en los Planes de Salud OptiMed le ofrecen aun más beneficios:

- Acceso a planes de calidad para beneficios dentales y visión a tarifas descontadas.
- Sus empleados apreciarán un paquete de beneficios que incluye cobertura de calidad para servicios dentales y de visión para ayudarles a cuidar de su propia salud y la salud de sus familias.
- Estos planes sólidos son soportados por una garantía de pago de demandas rápido y exacto con un departamento de servicios al cliente responsivo.

PLANES DENTALES

Beneficios	Plan Dental 3 (Servicio Completo)	<p style="text-align: center;"><u>Servicios Dentro De Red</u></p> <p>Dentistas dentro de la red (PPO) han acordado proporcionar servicios a los asegurados en un honorario descontado especificado.</p> <p style="text-align: center;"><u>U&C (usual y acostumbrado)</u></p> <p>Estos planes utilizan el 80 porcentaje de U&C, cual significa que 8 de 10 dentistas en una área específica cobran menos del total alocado para el beneficio.</p> <p style="font-size: small;">Oferta valida por 31 días después de emisión.</p>
Tipo 1 (Preventivo) Procedimientos	1 evaluación y 1 limpieza por 6 meses Fluoruro para menores de 14 Rayos X Sellantes para menores de 14	
Dentro de Red	100%	
Fuera de Red	100% U&C (usual y acostumbrado)	
Tipo 2 (Básico) Procedimientos	Sostenes, E-rayos Exámenes por problemas Rellenos Extracciones simples	
Dentro de Red	60%-70-80%	
Fuera de Red	60%-70-80% U&C	
Tipo 3 (Mayor) Procedimientos	Cirugía oral - complicada Extracciones Anestesia Coronas/reparo de coronas Canales pPriodonticos (enfermedad de las gomas) Prostodonticos	
Dentro de Red	10-35-50%	
Fuera de Red	10-35-50% U&C	
Deducible de Año de Calendario, Por Persona	\$0 para Tipo 1 \$50 para Tipo 2 & 3 combinados	
Máximo de Año de Calendario, Por Persona	\$750	

Tarifas Mensuales	Plan Dental 3
Empleado Solamente	\$28.40
Empleado + 1 Dependiente	\$49.03
Empleado + 2 o Más Dependientes	\$62.71

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verifique con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una Oferta de Venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada, Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El Programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.



PLANES DE VISIÓN

- Cuidado de ojos de visión perfecta ofrece planes de beneficios fáciles de administrar sin red de doctores.
- Los asegurados pagan directamente al proveedor por todo servicio obtenido y someten una demanda para reembolso.
- El Plan 2 ofrece cobertura para exámenes de ojos y materiales.

PLANES DE VISIÓN

Servicio	Plan	
<u>Servicio</u>	<u>Cobertera Máxima</u>	
Examen	\$55	
Marcos/Monturas	\$55	<u>Frecuencias</u>
		Examen 12 meses
		Lentes 12 meses
		Marcos/Monturas 12 meses
Lentes (por par de lentes; paciente paga diferencia)		
Lentes Regulares	\$35	<p>Cuando elegidos, lentes de contacto reemplazan cualquier otro beneficio de lentes o marco durante el periodo de 12 meses. Cuando lentes y marcos son elegidos, el costo de lentes de contacto no es cubierto durante un periodo de 12 meses.</p> <p>Oferta valida por 31 días después de emisión.</p>
Bifocales	\$50	
Trifocales	\$65	
Bifocal sin Línea o Progresivos	\$70	
Lenticular	\$70	
Lentes de Contacto	\$90	
<u>Deducible por Vida</u>		
Exámenes	No se aplica	
Lentes (Excluye Lentes de Contacto)	No se aplica	
Marcos/Lentes de Contacto	\$55	

Tarifas Mensuales	Plan Visión 2
Empleado Solamente	\$6.33
Empleado + 1 Dependiente	\$9.61
Empleado + 2 o Más Dependientes	\$11.42

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verificar con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una Oferta de Venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada, Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El Programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.



4 Terry Drive, Building 1, Newtown, PA 18940
Teléfono: (800) 482-8770 Fax: (215) 968-6301

Hoss's Family Steak & Seahouse Server Enrollment Form

Seleccione Uno	
Adición	<input type="checkbox"/>
Cambio	<input type="checkbox"/>
Terminación	<input type="checkbox"/>

OptiMed Health Plans, Planes De Indemnización Médica Limitada, Forma de Suscripción Para Cobertura Médica del Empleado				
Información (Use letra de molde o imprenta) Póliza Número: LM-108				
Plan Elegido:	<input type="checkbox"/> Med-Choice Plus	<input type="checkbox"/> Value Care Plus	<input type="checkbox"/> Select Care	<input type="checkbox"/> Dental & Vision Plans
Nombre: (Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial)	No. de Seguro Social:	Número de Teléfono:
Dirección: (Calle)			(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
Dirección para Facturas: (Calle)			(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
Estado civil:			Edad:	Número de Fax:
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)			()	()
Grupo o Nombre de la Compañía: Hoss's Family Steak & Seahouse (Servers)			Número de Teléfono:	Fecha de Contratación:
Beneficiario (a): (Apellido)			(Primer Nombre)	(Inicial)
Parentesco:				
Información de Dependientes (Complete solamente para Dependientes a ser cubiertos bajo este plan)				
Nombre de Dependientes: (Nombre y Apellido)	Sexo:	Fecha de Nacimiento:	No. de Seguro Social:	Estudiante a Tiempo Completo?:
Esposa (o):		/ /		
Hijo (a):		/ /		Si No
Hijo (a):		/ /		Si No
Hijo (a):		/ /		Si No
Hijo (a):		/ /		Si No
(Adjunte una hoja por separado con nombres e información de hijos (as) adicionales)				
Día de efectividad solicitado (indique uno):				
<input type="checkbox"/> Yo solicito una fecha efectiva de _____ (debe ser el 1ro del mes). Entiendo que yo no puedo cambiar esta fecha. <input type="checkbox"/> Ninguna, estoy declinando cobertura.				
<input type="checkbox"/> Declinación de Cobertura: Esta sección debe ser completada si usted rehúsa la cobertura para usted y/o sus Dependientes. Me han dado la oportunidad de solicitar el seguro de grupo proporcionado por Fidelity Security Life Insurance Company. La razón por la cual no solicito la cobertura es: _____ Entiendo que la Fecha de Vigencia de Cobertura para mí y/o mis Dependientes puede no estar disponible hasta el próximo Período de Inscripción Abierto debiera yo desear aplicarse más tarde a menos que yo no sea incluido como un Principiante Tardío como definido en la Póliza, o a menos que yo solicite la cobertura durante el Período de Inscripción Abierto Anual.				
COBERTURA (MARQUE UNO):				
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente <input type="checkbox"/> Empleado + 1 Dependiente <input type="checkbox"/> Familia				
FIDELITY SECURITY LIFE INSURANCE COMPANY Kansas City, Missouri 64111				

He examinado ésta forma y confirmo que la información proporcionada es verdadera y completa.

Reconozco y estoy de acuerdo que el producto de seguros presentado y solicitado no es una póliza médica principal; los beneficios de seguro incluidos en el plan son limitados; no soy un contratista independiente o trabajador autónomo; mis dependientes (para quienes solicito cobertura) y yo no estamos cubiertos bajo ningún otro plan médico o médico limitado y que si en cualquier momento yo o mis dependientes obtenemos otra cobertura médica mayor o médica limitada, entonces mis dependientes y yo ya no seríamos elegibles bajo este plan.

Por este medio represento que he examinado el aviso de fraude (si es aplicable) incluido con ésta aplicación para mi estado de residencia.

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

(Ciudad y Estado) (Día) (Mes) (Año)

Firma (Guardián si menor de 18 años) _____ Fecha _____

FRAUD WARNING NOTICE

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



**Indemnización Médica Limitada
Con Beneficios de Seguro de Vida y Desmembramiento (Life/AD&D) y Farmacia
Para Grupos de Empresas**

Independientemente de cualquier provisión en la Póliza, la póliza no proporciona beneficios o indemnización por los siguientes cargos, servicios o provisiones:

- 1) suicidio o cualquier tentativa de suicidio, mientras sano o insano (mientras sano en Colorado o Missouri);
- 2) cualquier herida o enfermedad intencionadamente auto-infligida o cualquier amenaza o tentativa de herirse (mientras sano en Colorado o Missouri);
- 3) participación en un disturbio, insurrección, rebelión, escándalo civil, resistencia pasiva, o asamblea ilegal. Para objetivos de esta exclusión, "participación" significa tomar parte activa en común con otros; "disturbio" significa cualquier uso o amenaza de usar fuerza o violencia o perturbación por tres o más personas sin autorización legal. Esto no incluye una pérdida que ocurre mientras actúa de manera legal dentro del ámbito de la ley;
- 4) comisión, intento de cometer, o participación en un crimen, asalto, o contratarse en una ocupación ilegal;
- 5) participación en una competición de alta velocidad conduciendo vehículos de poder, paracaidismo, para-navegación, saltos con cuerda de liga, buceo con botellas de oxígeno, conducir vehículos efectuando acrobacias, escalar en roca, operando avión ultraligero, paracaidismo, o ala delta, cualquier actividad de deportes arriesgada con objeto de exposición;
- 6) volando como un piloto, miembro de equipo, o pasajero en cualquier avión, excepto como un pasajero con tarifa paga en cualquier avión comercial que vuela entre aeropuertos establecidos en una ruta con regularidad prevista;
- 7) cualquier accidente que ocurre mientras la Persona Asegurada este intoxicada (donde la graduación de sangre alcanza el nivel legal de intoxicación conforme a la ley del Estado donde el accidente ocurrió);
- 8) la guerra declarada o no declarada o interpretada como tal;
- 9) los daños corporales casuales que ocurren mientras sirviendo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional (cualquier prima pagada será devuelta por la Compañía proporcionalmente para cualquier período del servicio activo);
- 10) accidente o enfermedad proveniente de o en el curso de cualquier ocupación por compensación, salario o ganancia o beneficios a las cuales la Persona Asegurada tiene derecho conforme a la Ley de Compensación de cualquier Trabajador, Enfermedad Ocupacional de la Ley o similar, si la aplicación para tales beneficios haya realizado o no se haya realizado;
- 11) a menos que específicamente se haya asegurado en la Póliza, gastos para el tratamiento de:
 - a) desorden mental o nervioso;
 - b) alcoholismo;
 - c) toma voluntaria de cualquier veneno o inhalación de gas, o toma voluntaria de cualquier medicina, sedante o narcótico, a menos que sea prescrito por un Médico y tomado según la dosis prescrita; o
 - d) abuso de sustancias controladas;
- 12) cargos por el tratamiento de:
 - a) co-dependencia;
 - b) social, ocupacional, o religiosa mal ajustada;
 - c) jugador compulsivo; o
 - d) problemas crónicos de matrimonio o de familia cuando no están relacionados con el objetivo primario del tratamiento que debe ser un trastorno mental diagnosticable;
- 13) a menos que esté específicamente proveído en la Póliza, el cuidado y tratamiento por descanso médico o rehabilitación;
- 14) cirugía estética o cuidado o tratamiento únicamente por objetivos cosméticos o complicaciones de tal cirugía, cuidado, o tratamiento. Este incluye, pero no es limitado a: cirugía reconstructiva y dispositivos prostéticos, a menos que sea debido a un accidente y realizado dentro de un año del accidente o reparar un defecto congénito o anormal de un niño recién nacido mientras está cubierto por la Póliza;
- 15) a menos que sea específicamente proveído en la póliza, inyecciones de inmunización y exámenes rutinarios como: los exámenes de salud, los chequeos periódicos, los exámenes prematrimoniales y físicos de rutina, a menos que ellos sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad;
- 16) embarazo a menos que sea específicamente proveído en la Póliza,
- 17) cuidado rutinario del recién nacido como hospitalización y servicios de médico durante confinamiento de hospital inmediatamente después de nacimiento. El pago por los servicios rutinarios del médico será limitado con un examen rutinario del niño hospitalizado o recién nacido realizado por un médico además del médico que entregó al bebé o administró la anestesia durante la entrega;
- 18) aborto voluntario, excepto con respecto al empleado elegible o cónyuge dependiente cubierto: a) donde la vida de tal persona sería puesta en peligro si el feto fuera llevado hasta término completo de embarazo; o b) donde las complicaciones médicas han ocurrido debido a un aborto;
- 19) la reversión de la ligación de trompas y vasectomías;
- 20) cargos por tratamientos de fertilidad femenina o masculina; inseminación artificial, in vitro o fertilización en vivo, incluyendo cualquier prueba o examen, medicamentos o servicios médicos relacionados con el tratamiento;
- 21) maternidad de una niña bajo su tutela;
- 22) cambios de sexo;
- 23) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, tratamiento de obesidad, reducción de peso o control dietético; excepto obesidad mórbida o enfermedad etiológica;
- 24) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, gastos de paciente ambulatorio para alimentos, complementos de alimentación o vitaminas;
- 25) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, cargos por servicios de entrenamiento o evaluaciones educacionales o vocacionales;
- 26) cargos relacionados a la cesación de fumar;
- 27) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, servicios de ambulancia por aire, agua, o tierra;
- 28) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, gastos para tratamiento o servicios para curar o tratar la disfunción conjunta de la articulación del hueso temporal de la cara y la mandíbula inferior o síndrome doloroso TMJ, dolores relacionados con huesos de la cara y mandíbula inferior, o síndrome mio-facial de naturaleza médica o dental;
- 29) en cuanto a cualquier beneficio de consulta externa, visitas hechas, exámenes dados, rayos X o pruebas de laboratorio realizadas como paciente interno mientras confinado a un hospital;
- 30) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, drogas controladas;
- 31) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, exámenes de ojos rutinarios, refracciones, lentes, o su ajuste;
- 32) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, cualquier procedimiento para mejorar la visión de la persona asegurada, que no es esencial al tratamiento de una enfermedad o accidente;
- 33) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, ayudas para oír o su colocación;
- 34) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, exámenes dentales, cuidado dental, o cirugía oral a menos que sean gastos resultantes de un accidente;

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verifique con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.



Indemnización Médica Limitada
Con Beneficios de Seguro de Vida y Desmembramiento (Life/AD&D) y Farmacia
Para Grupos de Empresas
(Continuación)

- 35) tratamientos o cirugía experimental o de investigación;
- 36) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, incluyendo pero no limitados a, laboratorio de diagnóstico laboratorio y procedimientos patológicos, radiología de diagnóstico, medicina nuclear y procedimientos de ultra sonido;
- 37) cargos por cirujanos en espera, pediatras, anesthesiólogos, anestesistas, u otros doctores definidos por el plan, o abastecimientos en espera, equipos, habitaciones, o cualquier otro servicio, suplementos o tratamiento no usado actualmente en el cuidado o tratamiento de un accidente o enfermedad;
- 38) cargos hechos por, equipos durables recomendados, o drogas dispensadas por; un médico, cirujano, enfermera u otro doctor quien:
 - a) normalmente se emplea con la persona asegurada;
 - b) es un miembro de la persona asegurada; o
 - c) es el patrocinador del plan de la persona asegurada;
- 39) cargos por servicios proveídos fuera del alcance de la licencia de la institución o practicante del servicio dado;
- 40) cualquier cargo por el cual no existe obligación legal de pagar; ningún cargo es hecho; o en la ausencia de cobertura, ningún cargo se habría hecho;
- 41) gastos incurridos antes de la fecha de vigencia o cobertura de la persona asegurada o después de terminación de cobertura;
- 42) los gastos para cuidado o servicios administrados por cualquier agencia o programa financiado por el gobierno federal, estatal o administración municipal. Este no se aplica al Medicaid o donde sea prohibido por la ley;
- 43) cargos que no son médicamente necesarios para tratamiento de un accidente o enfermedad;
- 44) cargos por servicios que no están relacionados y no son consistentes para el tratamiento de cualquier accidente o enfermedad de la persona asegurada;
- 45) cargos por cuidados médicos, servicios, o abastecimientos que no son ordenados o prescritos por un médico;
- 46) los gastos para cuidado, tratamiento, servicios o provisiones que no son aprobadas o aceptadas para el tratamiento de una herida, accidente o enfermedad por cualquiera de los siguientes:
 - a) La Asociación Médica Americana;
 - b) El Cirujano General de los Estados Unidos;
 - c) El Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos; y
 - d) Los Institutos Nacionales de Salud;
- 47) gastos superiores a los máximos del plan como se indican en la Lista de Beneficios;
- 48) cualquier cargo de un servicio o suministro no expresamente cubierto en la Lista de Beneficios; o
- 49) a menos que sea específicamente proveído en la Póliza, cargos por Cuidados Intensivos.

Exclusiones de la Póliza por Accidente Desmembramiento & Terminación de Vida

El suicidio mientras sano o insano (un año en Colorado o Missouri) no es cubierto bajo el Beneficio de Seguro de Término de Vida durante dos años de la Fecha de Vigencia de la Persona Asegurada. Entonces, la Compañía sólo pagará un beneficio igual a la prima pagada.

Ningún beneficio será pagado por cualquier Pérdida por Desmembración, Muerte o Accidente o causado por o contribuido por:

- 1) enfermedad, física o mental, o tratamiento quirúrgico o diagnóstico médico;
- 2) infección, excepto infecciones bacteriales (biogénicas) que resultan de una herida casual o resultan de la ingestión casual de una sustancia contaminada;
- 3) intento de suicidio o herida auto-infligida intencional o enfermedad mientras sano o insano (mientras sano en Colorado o Missouri);
- 4) la guerra declarada o no declarada o interpretada como tal;
- 5) los daños corporales casuales que ocurren sirviendo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional (cualquier prima pagada será devuelta por la Compañía proporcionalmente para cualquier período del servicio activo);
- 6) participación en un disturbio, insurrección, rebelión, escándalo civil, resistencia pasiva, o asamblea ilegal. Para objetivos de esta exclusión, "participación" significa tomar parte activa en común con otros. "Disturbio" significa cualquier uso o amenaza de usar fuerza o violencia o perturbación por tres o más personas sin autorización legal. Esto no incluye una pérdida que ocurre mientras actúa de manera legal dentro del ámbito de la ley;
- 7) comisión, intento de cometer, o participación en un crimen, asalto, o contratarse en una ocupación ilegal;
- 8) toma voluntaria de cualquier veneno o inhalación de gas, o toma voluntaria de cualquier medicina, sedante o narcótico, a menos que sea prescrito por un Médico y tomado según la dosis prescrita;
- 9) la intoxicación legal donde la graduación de sangre de la Persona Asegurada excede el límite legal del estado en el cual el accidente ocurrió;
- 10) en un accidente de trabajo que es cubierto por "Workers' Compensation";
- 11) la participación en cualquier actividad no ocupacional en la cual una persona asegurada deliberadamente se expone a un aumento de daños corporales. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a:
 - a) asegurándose y soltándose durante la práctica de escalamiento en roca;
 - b) operando avión ultraligero;
 - c) vuelo con planeador, paracaidismo, buceo con botellas de oxígeno, para navegando con lancha a motor;
 - d) conducción de acrobacia de vehículo motorizado, carrera de automóviles, carrera de automóviles de rastra saltadora y demolición;
 - e) saltos de soga de ligas (jebe);
 - f) cualquier actividad arriesgada para objetivos de exposición; o
 - g) volando como un piloto, tripulación, o pasajero en cualquier avión, excepto como un pasajero de tarifa paga en cualquier avión comercial que vuela entre aeropuertos establecidos en una ruta con regularidad prevista.

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verificar con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.



Exclusiones del Beneficio de Prescripción de Medicamentos

Los Beneficios de Medicamentos Prescritos por Consulta Externa no son pagos para los artículos siguientes excepto como indicado en el adelante en la póliza:

- 1) todos los medicamentos en la farmacia y detrás del mostrador a menos que se muestren bajo la definición de medicamento por prescripción. Esto incluye, pero no está limitado a, reemplazo de electrolitos, fórmulas para infantes, suplementos nutricionales misceláneos y todos los demás productos y medicinas detrás del mostrador;
- 2) Medidores de glucosa de la sangre y dispositivos para inyectar insulina;
- 3) Depo-Provera, levonorgestral, condones, contraceptivos esponjas, espermicidas, drogas de disfunción sexual;
- 4) biológicos (incluyendo pruebas de alergias), productos de la sangre, hormonas de crecimientos, factores hemofílicos, MS inyectables, inmunizaciones, y todos los otros inyectables a menos que sean mostrados bajo la definición de medicamento por prescripción;
- 5) cámaras de aire, cámaras de aire con máscara, medidor de fluido, todos los otros materiales médicos y equipos médicos durables en la prescripción;
- 6) suplementos líquidos nutricionales, vitaminas de uso pediátrico, vitaminas de uso prenatal, versiones por receta médica de vitaminas A, D, K, B12, ácido fólico y niacina – usadas en tratamientos en vez de un suplemento dietético, todas las otras drogas legendarias, vitaminas y suplementos nutricionales;
- 7) medicamentos para tratar anorexia; cualquier medicamento cosmético incluyendo, pero no limitado a, Renova, preparados para pigmentación de la piel, cualquier medicamento o producto usado para tratar la calvicie, fluoruros tópicos dentales;
- 8) rellenados en exceso de lo especificado por el médico recetante, o rellenos dispensados después de un año de la fecha original de la receta;
- 9) todos los fármacos nuevos comercializados o corrientemente en el mercado farmacéutico con una nueva aprobación de la FDA a un año de tal aprobación por la FDA para la cual su indicación es intencionada;
- 10) cualquier medicamento con la etiqueta “Cuidado – limitado por la ley federal para uso de investigación o experimental”;
- 11) cualquier medicina que la “Food and Drug Administration” ha determinado ser contraindicado para un tratamiento específico;
- 12) medicinas necesitadas debido a condiciones causadas, directamente o indirectamente, por una persona asegurada participando en una insurrección u otro desorden civil, o la persona asegurada esta tomando parte en la comisión de un delito;
- 13) medicamentos necesitados debido a condiciones causadas, directa o indirectamente, por guerra declarada o no declarada; o medicamentos dispensados a una persona asegurada mientras esta en servicio militar activo en cualquiera de las fuerzas armadas;
- 14) cualquier gasto relacionado con la administración de cualquier medicamento;
- 15) agujas o jeringas a menos que sean mostradas bajo la definición de medicina prescrita;
- 16) drogas o medicinas tomadas mientras en o administradas por un hospital o cualquier otra clase de establecimiento para cuidado de la salud o oficina;
- 17) drogas cubiertas bajo “Workers’ Compensation”, “Medicare”, “Medicaid” u otras organizaciones o programas gubernamentales;
- 18) drogas, medicinas o productos que no son médicamente necesarios;
- 19) diafragmas, disfunción eréctil, drogas legendarias, a menos que sean específicamente listadas en la definición de droga por prescripción, drogas para tratar infertilidad;
- 20) Epi-pen, Epi-pen Jr, Ana-Kit, Ana-Guard, inyección Glucagon-automática, inyección Imitrex-automática;
- 21) ayudas para dejar de fumar, por prescripción o detrás del mostrador; o
- 22) medicamentos o drogas de marca (a menos que el asegurado la haya elegido).

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verificar con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.



Limitaciones del Plan Dental

Los gastos cubiertos no incluirán y ninguno de los Beneficios serán pagados por gastos incurridos:

- 1) En Plan 1 y Plan 2: Por procedimientos de tipo 3. Plan 3: por el Procedimientos de tipo 3 en los 6 primeros meses que la persona asegurada es cubierta bajo los beneficios de gasto dental. Para el Plan 3, esta limitación es anulada para pólizas de grupo con 10 o más empleados asegurados en la fecha de vigencia de la Póliza por cualquier procedimiento excepto exámenes, limpieza y aplicaciones de fluoruro durante los 12 primeros meses (Plan 1 y Plan 2) o durante los 24 primeros meses (Plan 3) cuando un empleado o el dependiente es clasificado como un suscriptor tardío. Un empleado o el dependiente que no se inscribe dentro de 31 días de la fecha en la cual tienen derecho al seguro o quién decidió hacerse asegurado otra vez después de anular un acuerdo de contribución será clasificado como un suscrito tardío.
- 2) Por cualquier tratamiento con objetivos cosméticos. Los forros en coronas o “pontics” detrás del segundo premolar son considerados cosméticos.
- 3) Por sustituir cualquier aplicación protésica, corona, taracea o restauración “onlay”, o fijar dentadura parcial dentro de 8 años (plan 1), 5 años (Plan 2), o 10 años (Plan 3) de la fecha de la última colocación de estos artículos.
- 4) Para la colocación inicial de cualquier aplicación protésica de la dentadura parcial fija a menos que tal colocación sea necesaria debido a la extracción de uno o varios dientes mientras la persona asegurada es cubierta bajo el beneficio de gasto dental.
- 5) La extracción de una tercera muela (muela del juicio) no se clasificará bajo el tipo mencionado.
- 6) Por cualquier procedimiento comenzado antes de que la persona asegurada fuera cubierta bajo el Beneficio de gasto dental.
- 7) Por cualquier procedimiento comenzado después de que el seguro del asegurado bajo el beneficio de gasto dental se termina; o por cualquier aplicación dental protésica instalada o entregada más de 90 días después de que el seguro del asegurado por gasto dental se termina.
- 8) Sustituir aplicaciones perdidas o robadas.
- 9) Por aplicaciones, restauraciones, o procedimientos:
 - a) cambio en la dimensión vertical;
 - b) restaurar o mantener la oclusión;
 - d) fractura o rotura de diente debido a abrasión o desgaste.
- 10) Para cualquier procedimiento que no es mostrado en la tabla de Procedimientos Dentales.
- 11) Por tratamiento ortodóntico.
- 12) Por el beneficio que la persona asegurada tiene derecho a cobertura bajo compensación laboral del trabajador o ley similar, o cargos por servicios o suministros recibidos como resultado de cualquier condición dental causada o atribuida por una accidente o enfermedad proveniente o en el curso de cualquier empleo por salario o ganancia.
- 13) Por gastos de los cuales la persona asegurada no esta obligada o que no habría hecho si ningún seguro estuviera vigente.
- 14) Por servicios que no son requeridos para cuidado y tratamiento o no están dentro de los parámetros generalmente aceptados para el cuidado.
- 15) Debido a guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no.

Limitaciones del Plan de Visión

Los gastos cubiertos no incluirán y ningún beneficio será pagado por gastos incurridos por:

- 1) Exámenes de visión más que la frecuencia como indicado en la página de definición de plan.
- 2) Lentes con mayor frecuencia que la indicada en la página de definición de plan.
- 3) Marcos con mayor frecuencia que la indicada en la página de definición de plan.
- 4) Lentes de contacto en más de una vez en cualquier período de 12 meses. Cuando los lentes de contacto son elegidos, será en lugar de cualquier otro lente o montura para el beneficio durante el período de 12 meses.
- 5) Cuando los lentes y los marcos son elegidos, los gastos por lentes de contacto no son cubiertos durante un período de 12 meses.
- 6) Los exámenes realizados o marcos o lentes pedidos antes de que el asegurado esté cubierto bajo los beneficios de gasto de cuidado de la visión.
- 7) Sujeto a la extensión de beneficios, cualquier examen, montura o lente pedido después de que la cobertura del asegurado bajo los beneficios de gastos por cuidado de la visión cesa.
- 8) Recursos de cuidado de ojo subnormales; orthoptic o formación de cuidado de ojo o cualquier prueba asociada.
- 9) Reemplazo o reparación de lentes o monturas perdidas o dañadas excepto las permitidas a intervalos normales.
- 10) Cualquier examen de la vista o lentes correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo.
- 11) Cirugía o tratamiento médico de los ojos.
- 12) Cualquier servicio o producto no listado en los procedimientos de mantenimiento de la visión.
- 13) Lentes cubiertos; lentes demasiado grandes (excediendo 71 mm); lentes opacados; bordes pulidos; capa de UV-400 y facetas, y tintes además de sólido.
- 14) Los lentes y los marcos durante los doce primeros meses que una persona es asegurada bajo los beneficios de gasto de cuidado de ojo, cuando la persona es definida como suscrito tardío.

Aclaraciones:

Ciertos Estados requieren grupos con un mínimo de 51 ó más empleados elegibles. Antes de cualquier presentación de una propuesta, por favor verificar con su Representante de Ventas de OptiMed para asegurarse que el programa a proponerse es apropiado para el Estado intencionado. Esta no es una oferta de venta. Ningún ofrecimiento de este material debe ser dado sin expresa aprobación de OptiMed, y cualquier oferta será basada según el Estado al cual está destinada. Reglas de subcontratación, guía de agentes, y tamaños de grupo mínimos de participación requeridos están siendo alcanzados. El programa OptiMed no está disponible en el Estado de Washington. Por favor verifique con su representante de ventas de OptiMed para confirmar que OptiMed está disponible en el Estado o Estados en los cuales usted tenga interés en ofrecer OptiMed.

*****TARJETA DE CRÉDITO*****				
Nombre como aparece en la Tarjeta de Crédito:				
Tipo de Tarjeta (CIRCULE UNO)		Master Card	Visa	Discover American Express
Número de la tarjeta (16 números, sin rayas o espacios)				
CVV2 (los 3 dígitos en el reverse de la Tarjeta.)				
Fecha de Expiración :		Mes	Año	
Dirección en la Cuenta de la Tarjeta de Crédito:		Número	Nombre de la Calle	Ciudad Estado Código Postal
Monto Mensual:		Correo Electrónico:		
+++++Retiro Electrónico Automático Directo de Cuenta Bancaria (DÉBITO DE CUENTA)				
Nombre como aparece en la Cuenta Bancaria				
Nombre del Banco				
Ciudad		Estado	Código Postal	
Número de Ruta de la cuenta (9 números, sin rayas o espacios)				
Número de la cuenta sin rayas o espacios				
Tipo de cuenta (CIRCULE UNO)		~ Cheques	~ Ahorros	
Cantidad \$				
Por favor cheque planea la selección.	Med-Choice Plus	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
	Rates	<input type="checkbox"/> \$53.12	<input type="checkbox"/> \$83.06	<input type="checkbox"/> \$105.85
*La tasa incluye un \$5,00 honorario directo que factura.	Value Care	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
	Rates	<input type="checkbox"/> \$92.22	<input type="checkbox"/> \$159.41	<input type="checkbox"/> \$212.92
	Select Care	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
	Rates	<input type="checkbox"/> \$159.16	<input type="checkbox"/> \$289.07	<input type="checkbox"/> \$392.86
	Dental & Vision	Empleado Solamente	Empleado + 1	Familia
	Rates	<input type="checkbox"/> \$39.73	<input type="checkbox"/> \$63.64	<input type="checkbox"/> \$74.13
Correo Electrónico:				
Por Favor envíe un cheque en blanco anulado a: <div style="text-align:center;"> United Group Programs, Inc. Attn: Billing Department 2500 North Military Trail, Suite 450 Boca Raton, FL 33431 561-997-9892 </div>				

EMPLEADOR - Acuerdo de Autorización (Debe ser Firmado in de manera que podamos procesar la suscripción)

Yo por este medio autorizo cargos o deducciones de la cuenta arriba indicada por cualquier pago de prima debido. Esta autorización permanece en efecto hasta que sea revocada. Por la firma abajo, Yo entiendo que la cantidad mostrada arriba por la cobertura será cargada r deducida el 15^o de cada mes o el día laboral más cercano a este de mi cuenta. **Yo entiendo además que el programa es automáticamente renovado mensualmente mientras la cuota mensual sea pagada. Yo entiendo la prima puede cambiar significativamente debido la fluctuación de la suscripción del grupo de forma mensual o al momento de renovación y en un cambio del monto de la prima.** Si los fondos o crédito no está disponible en su cuenta la cobertura será e automáticamente cancelada. Y entiendo además que si mi crédito card ha expirado o mi cuenta de banco ha sido cambiada es mi responsabilidad el notificar este cambio a United Group Programs.

EMPLEADO - Acuerdo de Autorización (Debe ser Firmado in de manera que podamos procesar la suscripción)

Yo por este medio autorizo cargos o deducciones de la cuenta arriba indicada por cualquier pago de prima debido. Esta autorización permanece en efecto hasta que sea revocada. Por la firma abajo, Yo entiendo que esta cantidad mostrada arriba por la cobertura será cargada o deducida de mi cuenta el 15th de cada mes o el día laboral más cercano. **Además Yo entiendo que el programa es automáticamente renovado mensualmente mientras que la prima mensual sea pagada cada mes. Yo entiendo que la prima puede cambiar al momento de la renovación anual de este plan.** Si los fondos o crédito no estuvieran disponibles en su cuenta la cobertura será automáticamente anulada. Más aún, Yo entiendo que si mi tarjeta de crédito ha expirado o mi cuenta de banco ha cambiado es mi responsabilidad de notificar United Group Programs sobre este cambio y dar la nueva información.

Firma _____ Fecha _____

Empleador _____ o _____ Firma del Empleado _____ (Circule Uno)