

MERIDIAN BASIC & ENHANCED SCHEDULE OF BENEFITS

Going Your Way



CRONOGRAMA DE BENEFICIOS DE LA SERIE MERIDIAN BASIC

Límite Máximo	Límite máximo \$2,000,000	
Deducibles	\$250, \$500, \$1000, \$2500, \$5.000, \$10,000 por miembro por período de cobertura	
Deducible de Familia	Máximo 2 Deducibles por familia por período de cobertura	
Área de cobertura	Área 1 - Mundial incluyendo Estados Unidos y Canadá	Área 2 - Mundial excluyendo Estados Unidos y Canadá
Coseguro - (siniestros ocurridos Estados Unidos ó Canadá)	Después del deducible el plan le pagará 80% de los próximos \$5000 de los gastos subvencionales, luego el 100% hasta el límite máximo global. El coseguro no se cobrará si los gastos son efectuados en el PPO..	
Coseguro - (siniestros ocurridos fuera de los Estados Unidos ó Canadá)	El plan pagará el 100% de los gastos subvencionales hasta el límite máximo global.	
Multa de Pre-certificación	50%	
Condición Pre-existente	\$ 10.000 por período de cobertura (después de 24 meses de cobertura continua). Límite máximo \$ 50.000	
Maternidad – Parto natural y complicado	Cláusula opcional - \$ 10.000 por período de cobertura (límite máximo \$ 50.000)	
Cuidado del recién nacido	Incluido como parte de los beneficios de Maternidad por los primeros 31 días de nacido	
Trasplante de Órganos/Tejido Humano	Límite máximo \$500,000 trasplante cubierto	
Habitación y pensión del hospital (Área de cobertura 1)	Semi tasa media de habitación privada	
Habitación y pensión del hospital (Área de cobertura 2)	Semi tasa media de habitación privada	
Unidad de Cuidados Intensivos (Área de cobertura 1)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Unidad de Cuidados Intensivos (Área de cobertura 2)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Emergencia dental por accidente	\$500 período de cobertura	
Ambulancia local	\$1,500 por evento cubierto (no sujeto al Deducible o al Coseguro)	
Cirugía	Usual, razonable, y acostumbrado (sujeto al deducible y al coseguro)	
Prescripciones médicas	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Desórdenes mentales y nerviosos	\$ 10.000 por período de cobertura sólo para tratamiento ambulatorio (después de 24 meses de cobertura continua)	
Bienestar (adulto)	\$150 por hombres de 30 años en adelante, por período de cobertura (después de 12 meses de cobertura continua). No sujeto al deducible	
Bienestar (niño)	\$100 por miembro de 18 años o menor, por período de cobertura (después de 12 meses de cobertura continua). No sujeto al deducible	
Otros gastos médicos	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Enfermedad sala de emergencias	Usual, razonable y acostumbrado (sujeto a \$250 adicional del deducible si nos es admitido.)	
Accidente sala de emergencias	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Evacuación Médica de Emergencia	Limite máximo \$ 50.000 , Limite máximo de 65 años en adelante.	
Regreso de los restos mortales	\$25,000 limite máximo por miembro (no sujeto al deducible)	
Reunión de emergencia	Límite máximo \$7,500	

Con respecto a la programación anterior de presentaciones/límites, las referencias a "una cobertura continua" significan una cobertura sin interrupción abajo del fideicomiso de Beacon/Serie Axis Seguro Grupal (Anguilla). Los beneficios aplicables descritos serán la primera a disposición de los miembros participantes sólo al final del período de cobertura de forma continua como se especifica.

CRONOGRAMA DE BENEFICIOS DE LA SERIE MERIDIAN ENHANCED

Límite Máximo	Límite máximo \$5,000,000	
Deducibles	\$250, \$500, \$1000, \$2500, \$5.000, \$10,000 por miembro por período de cobertura	
Deducible de Familia	Máximo 3 Deducibles por familia por período de cobertura	
Área de cobertura	Área 1- Mundial incluyendo Estados Unidos y Canadá	Área 2- Mundial excluyendo Estados Unidos y Canadá
Coseguro- (siniestros ocurridos Estados Unidos ó Canadá)	Después del deducible el plan le pagará 80% de los próximos \$5000 de los gastos subvencionales, luego el 100% hasta el límite máximo global. El coseguro no se cobrará si los gastos son efectuados en el PPO.	
Coseguro- (siniestros ocurridos fuera de los Estados Unidos ó Canadá)	El plan pagará el 100% de los gastos subvencionales hasta el límite máximo global.	
Multa de Pre-certificación	50%	
Condición Pre-existente	Igual que cualquier otra lesión o enfermedad si se conoce plenamente en la aplicación y no excluida o limitada por una Cláusula (después de 12 meses de cobertura continua)	
Maternidad – Parto natural	Igual que cualquier otra enfermedad; \$ 5.000 deducible adicional, Limite máximo \$ 100.000 (después de 12 meses de cobertura continua)	
Maternidad – Parto Complicado	Igual que cualquier otra enfermedad; \$ 5.000 deducible adicional, Limite máximo \$ 100.000 (después de 12 meses de cobertura continua)	
Cuidado del recién nacido	Incluido como parte de los beneficios de Maternidad por los primeros 60 días de nacido	
Trasplante de Órganos/Tejido Humano	Límite máximo \$ 2,000.000	
Habitación y pensión del hospital (Área de cobertura 1)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Habitación y pensión del hospital (Área de cobertura 2)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Unidad de Cuidados Intensivos (Área de cobertura 1)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Unidad de Cuidados Intensivos (Área de cobertura 2)	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Habitación de Emergencia	Usual, razonable y acostumbrado para enfermedades como hospitalización y lesiones cubiertas	
Ambulancia local	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Cirugía	Usual, razonable, y acostumbrado (sujeto al deducible y al coseguro)	
Prescripciones médicas	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Cuidado de la visión	Limite máximo \$ 100 por período de cobertura para exámenes y materiales después de 12 meses de cobertura continua	
Cobertura Dental (Cláusula Opcional)	Máximo \$ 750 por año calendario. \$ 50 por deducible individual. Calendario de pago de beneficios: Clase A=90%; Clase B=\$70%; Clase C=\$50%; Orto= sin cobertura (6 meses de período de espera). Incluyendo emergencia dental, sujeto al Límite Máximo global, y (después de 6 meses de período de espera).	
Desórdenes mentales y nerviosos	\$ 50 por visita, por día por atención ambulatoria período de cobertura sólo para tratamiento ambulatorio (después de 24 meses cobertura continua)	
Bienestar (adulto)	\$250 por hombres de 25 años en adelante/ mujeres de 30 años en adelante, por período de cobertura (después de 12 meses de cobertura continua). No sujeto al deducible o al coseguro	
Bienestar (niño)	\$150 por miembro de 18 años o menor, por período de cobertura (después de 10 meses de cobertura continua). No sujeto al deducible o al coseguro	
Medicina Complementaria	\$ 175 por acupuntura; \$ 175 por aroma terapia; \$175 por terapia a base de plantas; \$ 175 por terapia de masaje; \$175 por terapia de vitaminas (después de 12 meses de cobertura continua); por período de cobertura	
Lesiones Deportivas en Secundaria	Límite Máximo \$ 7.000 (sujeto a un deducible adicional de \$250 si no es admitido)	
Otros gastos médicos	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Enfermedad sala de emergencias	Usual, razonable y acostumbrado (sujeto a \$250 adicional del deducible si nos es admitido.)	
Accidente sala de emergencias	Usual, razonable y acostumbrado (URC)	
Evacuación Médica de Emergencia	Limite máximo \$ 110.000 , Limite máximo \$ 55.000 de 60 años en adelante.	
Regreso de los restos mortales	\$ 30.000 limite máximo por miembro (no sujeto al deducible)	
Reunión de emergencia	Límite máximo \$10,000	

Con respecto a la programación anterior de presentaciones/límites, las referencias a una cobertura continua significan una cobertura sin interrupción abajo del fideicomiso de Beacon/Serie Axis Seguro Grupal (Anguilla). Los beneficios aplicables descritos serán la primera a disposición de los miembros participantes sólo al final del período de cobertura de forma continua como se especifica.



1 North Pennsylvania Street, Suite 600
Indianapolis, Indiana 46204

Phone: 317-64 / 888-201-8850
Fax: 317-423-9620 / 88-201-8851

Email: service@azimuthrisk.com
Website: www.azimuthrisk.com