

Bienvenido a sus planes de salud complementarios

United Healthcare® | COMPASS GROUP®

Índice

3 Bienvenido a sus Planes de Salud Complementarios

8 Plan de Protección en Caso de Accidentes – Resumen de Beneficios

12 Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas – Resumen de Beneficios

17 Beneficio de Bienestar de Protección en Caso de Enfermedades Críticas

20 Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria – Resumen de Beneficios

23 Benefit Assist

24 Proceso de Reclamo de los Planes de Protección en Caso de Enfermedades Críticas, Accidentes y de Indemnización Hospitalaria



Inscripción abierta

Encuentre aquí información detallada del plan de beneficios

Use esta guía para revisar sus beneficios complementarios. Dentro de ella, usted puede verificar los detalles de su plan, conocer otros beneficios y más. ¿Está listo?

Comencemos

Revise sus Beneficios de Salud Complementarios.

¿Prefiere hablar con una persona? Estamos aquí para ayudarle. 1-877-624-8390

Revise sus beneficios complementarios

Estos planes le hacen pagos globales directamente a usted sin restricciones sobre cómo se gasta el dinero.

- La **Protección en Caso de Accidentes** paga beneficios en efectivo por lesiones cubiertas
- La **Protección en Caso de Enfermedades Críticas** paga beneficios en efectivo si le diagnostican una enfermedad cubierta
- La **Protección de Indemnización Hospitalaria** paga beneficios en efectivo después de una estadía en el hospital cubierta

Beneficios	Protección en Caso de Accidentes	Protección en Caso de Enfermedades Críticas	Protección de Indemnización Hospitalaria
Reciba pagos por realizarse exámenes de salud		✔	
No tiene que alcanzar un deducible para recibir sus beneficios • Simplemente presente un formulario de reclamo con copias de sus recibos por artículos cubiertos. Puede llamar a un especialista en reclamos si necesita ayuda	✔	✔	✔
Ahorre o gaste el dinero como lo prefiera. Úselo para: • Cubrir el deducible de su plan de salud y otros gastos de su bolsillo como medicamentos, rehabilitación y transporte • Pagar sus facturas y otros gastos de la vida • Ahorrar en su cuenta de ahorros o su cuenta de ahorros para la salud (HSA)	✔	✔	✔
Portable: Puede llevarse el plan con usted si cambia de trabajo o se jubila	✔	✔	✔

Inscríbase durante el período de inscripción anual de Compass Group USA, Inc.

La vida está llena de eventos inesperados. Complemente su plan de salud con protección adicional, y siéntase más preparado para manejar las situaciones que se le presenten.

Para obtener más información detallada de la cobertura,

consulte su resumen de beneficios y los documentos oficiales del plan



Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección en Caso de Accidentes.

Protección en Caso de Accidentes

Protéjase del costo inesperado de un accidente

Complete los beneficios de su plan de salud con el Plan de Protección en Caso de Accidentes, que ayuda a cubrir los costos adicionales que podría enfrentar después de un accidente cubierto. El plan cubre más de 80 lesiones y servicios de cuidado, desde quemaduras y conmociones cerebrales hasta traslados en ambulancia y rehabilitación. Si se lesiona durante su año del plan, el Plan de Protección en Caso de Accidentes le pagará un beneficio en efectivo y podrá usar ese dinero como lo desee.

Cómo funciona la Protección en Caso de Accidentes: un ejemplo de Opción Low

Matt estaba jugando en la liga de sóftbol cuando se desgarró un ligamento de la rodilla y se fracturó una muñeca.
Su cobertura de Protección en Caso de Accidentes le proporcionó los siguientes beneficios:

Cuidado inicial/cuidado hospitalario	Pago
Ambulancia (terrestre)	$300
Visita a la sala de emergencias	$250
Visita inicial al médico	$350
Total:	**$900**

Cuidado de seguimiento/lesiones comunes	Pago
Examen de diagnóstico mayor	$250
Tratamiento de fractura de muñeca	$1,500
Reparación quirúrgica de ligamento desgarrado	$750
Inmovilizador de rodilla	$150
Visita médica de seguimiento	$150
Sesiones de fisioterapia (10 en total)	$500
Beneficio por lesión sufrida en deportes organizados	$225
Total:	**$3,525***

Beneficio en efectivo total pagado a Matt

$4,425

* Consulte la información detallada específica de la cobertura en la sección Resumen de Beneficios de esta guía.



Benefit Assist

Para un pago más rápido de los beneficios

Cuando se inscribe en los planes complementarios y planes de salud de UnitedHealthcare, también recibe Benefit Assist. Un asistente de beneficios se comunicará con usted si algún reclamo médico podría calificar para un pago de beneficio de salud complementario de manera que usted pueda recibir el pago más rápido.

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas.

Protección en Caso de Enfermedades Críticas

Obtenga apoyo financiero durante una enfermedad grave

Experimentar una enfermedad crítica puede ser devastador para usted, su familia y sus finanzas. El Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas está diseñado para ayudar a garantizar que, en caso de que usted o un familiar cubierto reciba el diagnóstico de una enfermedad crítica cubierta, lo que incluye ataque cardíaco, derrame cerebral y cáncer, usted reciba un pago en efectivo para usar como lo desee.

Cómo funciona la Protección en Caso de Enfermedades Críticas: un ejemplo de Opción Low

A Sharon le diagnosticaron cáncer invasivo. Seis meses más tarde, sufrió un derrame cerebral. Esta es una descripción de los beneficios de la cobertura en Caso de Enfermedades Críticas de Sharon:

Cobertura del plan de $15,000	Porcentaje del pago	Pago
Cáncer invasivo	100%	$10,000
Derrame cerebral	100%	$10,000
Total		**$20,000**

Consulte la información detallada específica de la cobertura en la sección Resumen de Beneficios de esta guía.

Beneficio en efectivo total pagado a Sharon

$20,000

Beneficio de bienestar

Realícese una prueba de detección y gane dinero

Sus opción del plan de salud de enfermedades críticas complementario de UnitedHealthcare incluyen un beneficio de bienestar que podría significar dinero en su bolsillo. Podría ganar hasta $50 por cada persona para usted y sus familiares*, para usar como lo desee, tan solo por realizarse exámenes de detección como análisis de sangre, colonoscopias o pruebas de esfuerzo.

* El plan pagará 1 beneficio de bienestar por cada persona cubierta por cada año en el Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas. Este plan aplica solamente para los asociados y su cónyuge e hijos cubiertos.

Benefit Assist

Para un pago más rápido de los beneficios

Cuando se inscribe en los planes complementarios y planes de salud de UnitedHealthcare, también recibe Benefit Assist. Un asistente de beneficios se comunicará con usted si algún reclamo médico podría calificar para un pago de beneficio de salud complementario de manera que usted pueda recibir el pago más rápido.

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria.

Protección de Indemnización Hospitalaria

Protéjase de los altos costos del cuidado hospitalario

Aunque tenga seguro de salud, una estadía en el hospital puede generar gastos de su bolsillo elevados. El Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria cubre admisiones hospitalarias, reclusiones en el hospital, y admisiones y reclusiones en la unidad de cuidados intensivos, entre otros beneficios. Recibirá un pago directo en efectivo para usarlo como desee, lo que le brindará ayuda financiera adicional para que pueda enfocarse en sentirse mejor.

Cómo funciona la Protección de Indemnización Hospitalaria: un ejemplo de Opción High

Clark sufrió lesiones en la cabeza y el hombro en un accidente, y lo llevaron en ambulancia hacia la sala de emergencias. Después de una evaluación, Clark fue admitido en el hospital para continuar con el tratamiento de sus lesiones. Aquí le mostramos el desglose del pago de su cobertura de Indemnización Hospitalaria durante el año del plan:

Indemnización Hospitalaria Opción High	Pago
Admisión en el hospital (día 1)	$2,200
Reclusión en el hospital (días 2 a 2 5)	$800
Total	**$3,000**

Consulte la información detallada específica de la cobertura en la sección Resumen de Beneficios de esta guía.

Beneficio en efectivo total pagado a Clark

$3,000

Para obtener más información detallada de la cobertura,

consulte su resumen de beneficios y los documentos oficiales del plan

Compass Group USA, Inc.
Resumen de beneficios

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección en Caso de Accidentes.

Plan de Protección en Caso de Accidentes

Fecha de vigencia	1 de enero de 2027
Requisitos de participación	Todos los asociados activos que trabajan un mínimo de 20 horas por cada semana, sin incluir los asociados que viven en New Mexico
Diseño del plan	24 horas (la cobertura es para accidentes que ocurran fuera del trabajo)
Portabilidad	Incluida
Presentación de reclamos por teléfono	Incluida

Beneficios		
	Opción Low	**Opción High**
Cuidado inicial		
Ambulancia aérea	$1,300	$2,500
Tratamiento en la sala de emergencias	$250	$500
Ambulancia terrestre	$300	$600
Consultorio de un médico/centro de cuidado de urgencia (por cada visita)	$350	$500
Cuidado hospitalario		
Admisión en el hospital	$1,200	$2,000
Reclusión en el hospital	$350	$500
Admisión en la unidad de cuidados intensivos (ICU) del hospital	$1,200	$2,000
Internación en la unidad de cuidados intensivos del hospital	$550	$800
Cuidado de seguimiento		
Beneficio de aparatos		
– Férula Aircast	$100	$250
– Bota para tobillo	$100	$250
– Tobillera	$100	$250
– Bastón	$100	$250
– Collar cervical	$100	$250
– Muletas	$100	$250
– Inmovilizador de rodilla	$150	$300
– Escúter de rodilla	$150	$300
– Abrazadera ortopédica para pierna	$100	$250
– Abrazadera ortopédica para la columna lumbar	$150	$300
– Andador	$100	$250
– Bota para caminar	$100	$250
– Silla de ruedas	$150	$300
Visita médica de seguimiento (hasta 6 visitas)	$150	$200
Examen de diagnóstico mayor	$250	$500
Examen de diagnóstico menor	$50	$50
Prótesis		
– 1 dispositivo	$625	$1,500
– 2 o más dispositivos	$1,000	$2,400
Centro de rehabilitación (por cada día/hasta 30 días)	$150	$225
Terapia de rehabilitación (por cada visita/hasta 10 visitas)	$50	$75

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle.

Resumen de Beneficios | Plan de Protección en Caso de Accidentes

Lesiones comunes		
Cirugía abdominal/torácica		
– Cirugía exploratoria sin reparación	$150	$350
– Cirugía reparadora	$1,000	$2,500
Cirugía artroscópica	$150	$350
Sangre/plasma/plaquetas	$500	$650
Quemaduras		
– 2.° grado (al menos el 36% de la superficie corporal)	$1,150	$1,800
– 3.° grado (de 9 a 34 pulgadas cuadradas)	$6,000	$10,000
– 3.° grado (de 35 o más pulgadas cuadradas)	$15,000	$25,000
	Injerto de piel = 25% del beneficio por quemaduras	
Coma	$15,000	$20,000
Conmoción	$200	$500
Cirugía craneal	$1,000	$2,500
Trabajo dental de emergencia		
– Coronas	$300	$500
– Extracciones	$75	$200
Cirugía de ojos		
– Extracción de cuerpo extraño	$80	$120
– Reparación quirúrgica	$300	$450
Cirugía de hernia	$250	$250
Laceraciones		
– Mayores de 15 cm	$400	$1,000
– De 5 cm a 15 cm	$200	$500
– Menores de 5 cm	$75	$125
– Que no requieren suturas	$25	$75
Alojamiento (por cada día, hasta 30 días)	$150	$250
Parálisis		
– Hemiplejía	$5,000	$10,000
– Paraplejía	$13,500	$20,000
– Cuadriplejía	$20,000	$30,000
Rotura o hernia de disco	$750	$1,000
Cirugía de tendón/ligamento/cartílago del hombro/manguito rotador/cartílago de la rodilla		
– Cirugía exploratoria sin reparación	$150	$350
– Cirugía para reparar uno	$750	$1,100
– Cirugía para reparar más de uno	$1,500	$1,750
Transporte (para recibir tratamiento especial a más de 100 millas de distancia, máximo de 3 viajes por cada accidente)	$650	$850

Resumen de Beneficios | Plan de Protección en Caso de Accidentes

Fracturas	Reducción abierta/reducción cerrada	
– Tobillo	$3,000/$1,500	$5,000/$2,500
- Cóccix	$1,000/$500	$1,500/$750
– Cara o nariz (excepto los dientes)	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Dedo de la mano o del pie	$450/$225	$900/$450
– Pie (excepto los dedos)	$3,000/$1,500	$5,000/$2,500
– Antebrazo, mano, muñeca (excepto los dedos)	$3,000/$1,500	$5,000/$2,500
– Cadera, fémur	$5,000/$2,500	$10,000/$5,000
– Rótula	$3,000/$1,500	$5,000/$2,500
– Pierna (desde la parte superior de la tibia hasta la articulación del tobillo)	$4,000/$2,000	$6,000/$3,000
– Maxilar inferior (excepto apófisis alveolar)	$2,400/$1,200	$4,000/$2,000
– Pelvis (sin incluir el cóccix)	$6,000/$3,000	$8,000/$4,000
– Omóplato o clavícula	$3,000/$1,500	$5,000/$2,500
– Cráneo (hundimiento, excepto huesos de la cara o de la nariz)	$8,250/$4,125	$10,000/$5,000
– Cráneo (simple, excepto huesos de la cara o de la nariz)	$8,250/$4,125	$10,000/$5,000
– Esternón	$2,400/$1,200	$4,000/$2,000
– Parte superior del brazo (del codo al hombro)	$4,000/$2,000	$5,500/$2,750
– Maxilar superior (excepto apófisis alveolar)	$2,500/$1,250	$3,500/$1,750
– Vértebras (cuerpo vertebral)	$6,000/$3,000	$8,400/$4,200
– Apófisis vertebral	$2,400/$1,200	$4,000/$2,000
	Fracturas esquirladas: 25% de las cantidades que se indican para reducción cerrada Reducción abierta/reducción cerrada	
Dislocaciones		
– Tobillo	$2,400/$1,200	$4,000/$2,000
– Clavícula (separación acromioclavicular)	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Clavícula (articulación)	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Codo	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Dedo de la mano o del pie	$600/$300	$700/$350
– Pie (excepto los dedos)	$2,400/$1,200	$4,000/$2,000
– Mano	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Cadera	$7,000/$3,500	$8,000/$4,000
– Rótula (patela)	$4,000/$2,000	$6,000/$3,000
– Maxilar inferior	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
– Omóplato	$2,000/$1,000	$4,600/$2,300
– Muñeca	$2,000/$1,000	$3,000/$1,500
Lesión en actividad deportiva organizada	Aumenta las cantidades pagaderas según las secciones cuidado de seguimiento y lesiones comunes en un 25%	
Beneficios adicionales		
Beneficio por modificación del automóvil	$1,000	$1,000
Tarifas mensuales	**Opción Low**	**Opción High**
Asociado	$3.62	$5.43
Asociado + Cónyuge	$5.86	$9.89
Asociado + Hijos	$6.61	$10.65
Asociado + Cónyuge + Hijos	$9.03	$15.00

Los costos que se indican son solamente aproximados. La deducción salarial real podría ser un poco mayor o menor a la indicada.
Nota: solamente seleccione 1 opción, la que mejor se ajuste a sus necesidades de cobertura.

Información detallada importante

Esta hoja de Resumen de Beneficios es una descripción general del Plan de Protección en Caso de Accidentes ofrecido, y se proporciona solamente a modo ilustrativo. No es un contrato. No modifica ni afecta de ningún modo la póliza real que se emita. Únicamente la póliza de seguro emitida al titular de la póliza (su empleador) puede describir completamente todos los términos, condiciones, disposiciones, limitaciones y exclusiones de su cobertura de seguro. En caso de haber alguna diferencia entre la hoja de Resumen de Beneficios y la póliza de seguro, se aplicarán los términos de la póliza de seguro.

Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle.

Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 26 años.

El asociado debe estar inscrito en la cobertura para que la cobertura esté disponible para dependientes.

Exclusiones del Plan de Protección en Caso de Accidentes

No pagaremos un beneficio por una pérdida a la que haya contribuido o que haya sido causada por lo siguiente:

1. Enfermedad, debilidad corporal o mental, tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades o debilidades (excepto infecciones piógenas que surjan a raíz de una lesión accidental)
2. Suicidio o lesión autoinfligida intencionalmente
3. Participación activa en un disturbio
4. Perpetración o intento de perpetrar un delito, o participación o intento de participar en un delito
5. Participación en la perpetración de una agresión o en una actividad ilegal
6. Un acto o accidente de guerra, declarada o no declarada, ya sea civil o internacional, o cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas militares
7. Consumo de alcohol o uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar, a menos que sean recetados por un médico y usted los tome según las indicaciones
8. Conducción o en control físico de un vehículo motorizado bajo los efectos del alcohol
9. Participación en actividades peligrosas, entre ellas, paracaidismo, aladeltismo, automovilismo, motociclismo enduro, alpinismo, ruleta rusa, asfixia autoerótica, puentismo, salto base o uso de vehículos todo terreno que no están registrados para su uso urbano según la ley estatal correspondiente
10. Viajar como pasajero o conductor de cualquier vehículo motorizado en una carrera, espectáculo acrobático o prueba de velocidad
11. Viaje, vuelo o descenso en cualquier aeronave, excepto si sus obligaciones laborales requieren que usted sea piloto o pasajero de una aeronave privada, o que viaje como pasajero que paga un boleto en una aerolínea comercial entre aeropuertos establecidos en: a) una ruta programada; o b) un vuelo chárter con asientos para 15 o más pasajeros
12. Práctica o participación en cualquier competencia deportiva profesional o semiprofesional por la cual se reciba cualquier tipo de compensación o remuneración
13. Lesión que surja de cualquier ocupación o empleo lucrativo o remunerado, o en el transcurso de este, o cualquier lesión o enfermedad por la cual usted o su dependiente tengan derecho a beneficios conforme a cualquier Ley de Seguro de Accidentes Laborales, Ley de Responsabilidad Civil del Empleador o ley similar, a menos que este seguro se emita como un seguro de 24 horas
14. Un accidente que ocurra fuera de los Estados Unidos

Compass Group USA, Inc.
Resumen de beneficios

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas.

Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas

Fecha de vigencia	1 de enero de 2027
Requisitos de participación	Todos los asociados activos que trabajan un mínimo de 20 horas por cada semana, sin incluir los asociados que viven en New Mexico

Solo enfermedades básicas	
Tipos de cáncer	Porcentaje de la cantidad del beneficio máximo pagadero por cada persona cubierta o dependiente
Cáncer - invasivo	100%
Cáncer – no invasivo	25%
Cáncer de piel	$1,000
Enfermedades vasculares	
Arteriopatía coronaria (cirugía de derivación)	25%
Arteriopatía coronaria (intervención coronaria percutánea)	25%
Ataque cardíaco	100%
Rotura de aneurisma	50%
Derrame cerebral	100%
Paro cardíaco repentino	50%
Enfermedades por insuficiencia de órganos	
Enfermedad de la médula ósea	25%
Insuficiencia renal (riñones) crónica**	100%
Insuficiencia cardíaca*	100%
Insuficiencia de un órgano importante (hígado, pulmón, páncreas, intestino delgado)	100%
Enfermedades de pérdida funcional	
Coma	100%
Accidente y enfermedad que causa pérdida de la audición**	100%
Accidente y enfermedad que causa pérdida de la vista**	100%
Accidente y enfermedad que causa pérdida del habla**	100%
Parálisis	50%
Enfermedades infecciosas	
Coronavirus (3 o más días de hospitalización)	$1,000
Enfermedad infecciosa con reclusión (5 o más días)*	50%
Enfermedades neurológicas* (diagnóstico solamente)	
Enfermedad de Alzheimer	50%
Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	100%
Enfermedad de Huntington	50%
Esclerosis múltiple	50%
Enfermedad de Parkinson	50%
Enfermedades pulmonares	
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)	25%
Enfermedades ocupacionales*	
Hepatitis ocupacional	50% del beneficio máximo
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocupacional	50% del beneficio máximo

*Meningitis cefalorraquídea (bacteriana), difteria, encefalitis, enfermedad de los legionarios, enfermedad de Lyme, malaria, Staphylococcus Aureus resistente a la meticilina (methicillin-resistant staphylococcus aureus, MRSA), fascitis necrosante, osteomielitis, poliomielitis, rabia, tétano, tuberculosis

**No cumple los requisitos para el beneficio de recurrencia

Resumen de Beneficios | Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas

Condiciones adicionales	
Tumor cerebral benigno	100%
Enfermedad de Crohn	25%
Quemaduras graves	100%
Lupus eritematoso sistémico (LES)	25%
Enfermedades de la infancia**	
Parálisis cerebral	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Labio leporino/paladar hendido	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Fibrosis quística	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Síndrome de Down	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Enfermedad congénita del corazón	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Diabetes infantil	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Distrofia muscular	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Anemia drepanocítica	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Espina bífida	El 50% del beneficio de los hijos dependientes
Beneficios adicionales	
Beneficio de recurrencia	100% de la cantidad de beneficio máximo pagadero después del subsiguiente diagnóstico de una enfermedad cubierta por la cual hayamos pagado un beneficio. Las fechas de diagnóstico deben estar separadas por lo menos 1 mes. No se requiere estar sin tratamiento.
Ocurrencia adicional	100% de la cantidad del beneficio pagadero por cada asociado o dependiente cubierto por una enfermedad cubierta diferente.
Beneficio de recurrencia de cáncer	100% de la cantidad de beneficio máximo pagadero después del subsiguiente diagnóstico de un tipo de cáncer cubierto por el cual hayamos pagado un beneficio. Las fechas de diagnóstico deben estar separadas por lo menos 1 mes.
Recurrencia de cáncer, requiere estar sin tratamiento	Sin tratamiento activo para cáncer 1 mes antes de la recurrencia de un cáncer.
Portabilidad	Incluida en la tarifa grupal del Empleador con el límite de edad de 75.
Ocurrencia adicional - período de separación	Ninguno
Exclusión por enfermedad preexistente	No se aplica
Beneficio de bienestar	$50 pagaderos una vez que se haya realizado un examen de bienestar o de salud cubiertos. Incluye exámenes de los Niveles 1, 2 y 3. Una prueba cubierta por cada año calendario por cada asociado, cónyuge e hijo cubierto. Incluye exámenes de los Niveles 1, 2 y 3.

Exámenes cubiertos por el beneficio de bienestar

Nivel 1

- Pruebas de anticuerpos o serología
- Exámenes de detección del cáncer de colon para hacerse en su hogar
- Biopsia
- Análisis de sangre para colesterol
- Análisis de sangre para triglicéridos
- Exámenes biométricos
- Escaneo para medir la densidad ósea
- Examen de médula ósea
- Ecografía de seno
- Imágenes por resonancia magnética (MRI) de los senos
- CA 15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de seno)
- CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario)
- CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer de colon)
- Radiografía de tórax
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen Doppler de la aorta abdominal
- Ecografía Doppler de las carótidas
- Examen Doppler para la enfermedad vascular periférica
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Endoscopia
- Análisis de glucosa en la sangre en ayunas
- Glucosa en plasma en ayunas (FPG)
- Sigmoidoscopia flexible
- Análisis de sangre oculta en heces fecales
- Hemoglobina A1C (HbA1c)
- Examen del virus del papiloma humano (HPV)
- Panel de lípidos
- Mamografía
- Terapia con anticuerpos monoclonales
- Prueba de Papanicolaou
- PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata)
- Exámenes dentales de rutina y limpiezas
- Examen completo de la vista de rutina
- Examen completo de la audición de rutina
- Análisis de colesterol sérico para determinar el nivel de colesterol HDL y LDL
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para detectar el mieloma)
- Prueba de esfuerzo en una bicicleta o cinta rodante
- Termografía
- Prueba de Papanicolaou ThinPrep
- Colonoscopia virtual
- Exámenes en feria de bienestar
- Prueba de detección de cáncer de piel en todo el cuerpo

**No cumple los requisitos para el beneficio de recurrencia

Resumen de Beneficios | Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas

Exámenes cubiertos por el beneficio de bienestar, continuación	
Nivel 2	**Nivel 3**
• Pruebas genéticas • Vacunas • Exámenes médicos de rutina • Exámenes de hijos sanos (hasta los 18 años)	• Pruebas de la COVID-19 administradas por un profesional médico o de cuidado de la salud Beneficio pagado tras completar un examen de bienestar cubierto o una prueba de detección de problemas de salud cubierta; una prueba cubierta por cada año calendario.

Beneficios pagaderos		
	Beneficios pagados por el asociado	
Beneficios del plan complementario voluntario	**Opción Low**	**Opción High**
Beneficio de emisión garantizada para el asociado	$10,000	$20,000
Beneficio de emisión garantizada para el cónyuge	$5,000	$10,000
Beneficio de emisión garantizada para los hijos	$5,000	$10,000
El asociado debe comprar la cobertura a fin de comprar la cobertura para dependientes Los beneficios para dependientes no pueden exceder la cantidad de beneficio del asociado		

Información detallada importante

Esta hoja de Resumen de Beneficios es una descripción general del Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas ofrecido, y se proporciona solamente a modo ilustrativo. No es un contrato. No modifica ni afecta de ningún modo la póliza real que se emita. Únicamente la póliza de seguro emitida al titular de la póliza (su empleador) puede describir completamente todos los términos, condiciones, disposiciones, limitaciones y exclusiones de su cobertura de seguro. En caso de haber alguna diferencia entre la hoja de Resumen de Beneficios y la póliza de seguro, se aplicarán los términos de la póliza de seguro.

Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle.

Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 26 años.

El asociado debe estar inscrito en la cobertura para que la cobertura esté disponible para dependientes.

La cobertura continuará, siempre y cuando se pague puntualmente la prima, a menos que la cancelemos porque la persona ya no trabaja activamente para el grupo o ya no cumple los requisitos de participación específicos indicados en la póliza; o se hayan pagado todos los beneficios por enfermedades que califican o se cancele la póliza. La póliza es renovable a criterio de la compañía. Para conocer las condiciones y los períodos relacionados con la continuación durante permisos para ausentarse aprobados, consulte la póliza.

Exclusiones y limitaciones

No cubriremos una enfermedad crítica conforme a la póliza si se debe a:

1. Un acto o accidente de guerra, declarada o no declarada, ya sea civil o internacional, y cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas militares
2. Pérdida sufrida durante el servicio militar activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país (excepto durante cualquier período de cobertura que se extienda conforme a la disposición Continuación Durante un Permiso para Ausentarse del Trabajo)
3. Cualquier lesión autoinfligida intencionalmente
4. Participación activa en un disturbio
5. Perpetración o intento de perpetrar un delito grave, o participación o intento de participar en un delito grave
6. Consumo de alcohol o uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar, ya sean recetados por un médico o no
7. Cirugía estética o electiva
8. Intento de suicidio, mientras la persona está mentalmente sana o no

Tampoco pagaremos un beneficio por una enfermedad crítica:

1. Para la cual la fecha de diagnóstico de la persona cubierta, para cualquier tipo de enfermedad crítica, según como se define en la póliza, fue anterior a su fecha de vigencia del seguro
2. Que fue diagnosticada fuera de los Estados Unidos o Canadá, a menos que el diagnóstico haya sido confirmado por un médico que ejerza en los Estados Unidos o Canadá

Exclusión de cirugía estética o electiva:

No cubriremos una enfermedad crítica en virtud de la póliza si es causada por una cirugía estética o electiva. "Cirugía estética" se refiere a la cirugía practicada para modificar o mejorar el aspecto de una característica o de un defecto físico. A efectos de excluir beneficios, cirugía estética no se refiere a la cirugía reconstructiva practicada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por:

1. Defectos congénitos
2. Anomalías del desarrollo
3. Trauma
4. Infección
5. Tumores
6. Enfermedad (cuando el propósito de la cirugía es mejorar una función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible)

La cirugía reconstructiva incluye:

1. Servicios dentales o de ortodoncia que formen parte integral de la cirugía reconstructiva para procedimientos de paladar hendido
2. Cirugía y prótesis para restaurar y lograr simetría después de una mastectomía

"Cirugía electiva" significa:

1. Cirugía estética
2. Cualquier otra cirugía que:
   a. No tenga el propósito de corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo
   b. No tenga el propósito de mejorar una función
   c. Si tiene como propósito mejorar la apariencia o crear una apariencia normal, no es causada por una enfermedad indicada anteriormente en los puntos 1 al 6

A efectos de excluir beneficios, la cirugía electiva no incluye:

1. Cesárea
2. Ninguna cirugía relacionada con complicaciones del embarazo
3. Cirugía bariátrica realizada en conjunto con un diagnóstico de obesidad mórbida

Tablas de tarifas mensuales del seguro de Enfermedades Críticas

Los costos que se muestran en estas tablas se basan en la edad del asociado. Las tarifas mensuales se incrementarán a medida que el asociado pasa a los rangos de edades superiores.

Fecha de vigencia	1 de enero de 2027
Requisitos de participación	Todos los asociados activos que trabajan un mínimo de 20 horas por cada semana, sin incluir a los asociados que viven en New Mexico.

Beneficios pagados por el asociado

Opción Low: Empleado $10,000/Cónyuge $5,000/Hijos $5,000

Tarifas mensuales por rango de edad	Solo el asociado	Asociado + cónyuge	Asociado + hijos	Asociado + cónyuge + hijos
Menos de 25	$1.67	$2.41	$1.67	$2.41
25-29	$2.05	$2.88	$2.05	$2.88
30-34	$2.71	$3.71	$2.71	$3.71
35-39	$3.66	$4.89	$3.66	$4.89
40-44	$5.09	$6.68	$5.09	$6.68
45-49	$6.64	$8.61	$6.64	$8.61
50-54	$9.28	$11.93	$9.28	$11.93
55-59	$12.98	$16.56	$12.98	$16.56
60-64	$18.90	$23.97	$18.90	$23.97
65-69	$26.12	$33.00	$26.12	$33.00
70-74	$38.25	$48.16	$38.25	$48.16
De 75 años en adelante	$38.25	$48.16	$38.25	$48.16

Opción High: Empleado $20,000/Cónyuge $10,000/Hijos $10,000

Tarifas mensuales por rango de edad	Solo el asociado	Asociado + cónyuge	Asociado + hijos	Asociado + cónyuge + hijos
Menos de 25	$3.35	$4.82	$3.35	$4.82
25-29	$4.10	$5.77	$4.10	$5.77
30-34	$5.43	$7.42	$5.43	$7.42
35-39	$7.32	$9.79	$7.32	$9.79
40-44	$10.18	$13.37	$10.18	$13.37
45-49	$13.28	$17.23	$13.28	$17.23
50-54	$18.56	$23.86	$18.56	$23.86
55-59	$25.96	$33.11	$25.96	$33.11
60-64	$37.80	$47.94	$37.80	$47.94
65-69	$52.25	$66.00	$52.25	$66.00
70-74	$76.50	$96.33	$76.50	$96.33
De 75 años en adelante	$76.50	$96.33	$76.50	$96.33

Cuide su salud y gane una recompensa

Su Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas de UnitedHealthcare incluye un beneficio de bienestar que ayuda a pagar el cuidado preventivo y otros exámenes de salud.

El beneficio de bienestar podría significar dinero en su bolsillo

Muchos planes de salud cubren análisis de sangre, mamografías y otras pruebas de detección sin costo para usted.* Por eso, realizarse las pruebas de detección para alcanzar su beneficio de bienestar de enfermedades críticas le ayuda a ganar dinero al utilizar su plan.

Para obtener el beneficio de bienestar, realícese al menos 1 de los siguientes exámenes o pruebas:

- Análisis de sangre para triglicéridos
- Examen de médula ósea
- Ecografía de seno
- CA 15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de seno)
- CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario)
- CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer de colon)
- Radiografía de tórax
- Colonoscopia
- Análisis de glucosa en la sangre en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Análisis de sangre oculta en heces fecales
- Mamografía
- Prueba de Papanicolaou
- PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata)
- Análisis de colesterol sérico para determinar el nivel de colesterol HDL y LDL
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para detectar el mieloma)
- Prueba de esfuerzo en una bicicleta o cinta rodante
- Termografía
- Colonoscopia virtual

Podría ganar:

$50

por cada año

Beneficio pagado tras completar un examen de bienestar cubierto o una prueba de detección de problemas de salud cubierta; una prueba cubierta por cada año calendario.

* Aunque muchos planes de salud cubren el cuidado preventivo sin costo compartido cuando es proporcionado por un médico de la red, se pueden aplicar algunos cargos a estos servicios cuando se consideran de diagnóstico (por ejemplo, servicios prestados para tratar una condición de salud). Revise los documentos de su plan de beneficios para consultar qué servicios están cubiertos.

continúa

Reglas del programa

1. Los exámenes deben completarse durante el año calendario
2. Un hijo y un cónyuge o pareja de unión libre que tengan cobertura también pueden obtener un beneficio
3. El beneficio se pagará por 1 prueba cada año calendario, independientemente de los resultados de la prueba. El beneficio se paga además de otros pagos que usted, su cónyuge o pareja de unión libre cubierto y su hijo reciban en virtud de la póliza.
4. Si se realiza uno de los exámenes o pruebas de detección aprobados indicados anteriormente y también está inscrito en el Plan de Protección en Caso de Accidentes, obtendrá automáticamente el beneficio de bienestar del Plan de Protección en Caso de Accidentes sin tener que realizarse ningún examen o prueba de detección adicional



Esta es una póliza para enfermedades críticas únicamente

Ayude a mantener su salud

Mantener o mejorar su salud es importante. Las pruebas de detección y los exámenes médicos de rutina pueden:

1. Ayudarle a evitar condiciones de salud graves
2. Permitirles a usted y a su médico colaborar en conjunto para manejar su salud general
3. Ayudarle a alcanzar sus objetivos personales de salud y bienestar

Visite uhc.com/preventivecare para:

- Consultar pautas y recomendaciones de salud basadas en su edad y género
- Recibir consejos de salud útiles
- Acceder a herramientas, recursos y materiales para mantener su salud general y probablemente disminuir los costos de su bolsillo para el cuidado de la salud

Colabore con su médico

Una vez que cuente con las recomendaciones de prevención específicas para usted, utilícelas para colaborar con su médico.

Juntos pueden:

- Evaluar su estado de salud actual
- Tratar cualquier problema que podría tener

Luego, su médico podrá:

- Asesorarle sobre los tratamientos adecuados
- Ayudarle a tomar decisiones médicas que se adapten a su estilo de vida

Para obtener la información detallada del beneficio, consulte los documentos oficiales del Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas

Anuncio: Divulgación Requerida del Seguro de Indemnización Hospitalaria

El Departamento de Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (las "Triagencias") ahora exigen que se incluya un aviso para el consumidor en los materiales relacionados con los Seguros de Indemnización Hospitalaria tanto Individuales como de Grupo. Este mandato federal aplica para todas las compañías de seguros que ofrecen estos productos.

Divulgación de las Triagencias:

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO es un seguro de salud

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle un valor monetario limitado si se enferma o es hospitalizado. Usted aún debe pagar el costo de su cuidado.

- El pago que recibe no se basa en el monto de su factura por servicios médicos
- Podría haber un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año
- Esta póliza no sustituye el seguro de salud integral
- Como esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales para el consumidor que se aplican a los seguros de salud

¿Busca un seguro de salud integral?

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud
- Para saber si puede obtener seguro de salud a través de su empleo, o el de un familiar, comuníquese con el empleador

¿Preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Busque el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en "Insurance Departments" (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su empleo, o el de un familiar, comuníquese con el empleador.

Compass Group USA, Inc.
Resumen de beneficios

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria.

Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria

El Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria es un plan de seguro que le paga directamente en efectivo a usted. Se puede usar para pagar los costos de una estadía en el hospital y del tratamiento relacionado, el deducible del plan de salud y otros gastos de su bolsillo.

Fecha de vigencia	1 de enero de 2027
Requisitos de participación	Todos los asociados activos que trabajan un mínimo de 20 horas por cada semana, sin incluir los asociados que viven en New Mexico
Exclusión por enfermedades preexistentes	Ninguna
Portabilidad	Incluida
Maternidad	Cubierta sin período de espera

Beneficios pagaderos		
	Opción Low	**Opción High**
Admisión en el hospital (hasta 3 días por cada año del plan)	$1,100	$2,200
Reclusión en el hospital (hasta 29 días por cada año del plan)	$100	$200
Admisión en la unidad de cuidados intensivos (ICU) (hasta 3 días por cada año del plan)	$1,100	$2,200
Internación en la unidad de cuidados intensivos (hasta 29 días por año del plan)	$100	$200
Tratamiento por consumo de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados (hasta 30 días por año del plan)	$100	$100
Tratamiento por trastornos nerviosos y mentales para pacientes hospitalizados (hasta 30 días por cada año del plan)	$100	$100
Rehabilitación/terapia para pacientes hospitalizados (hasta 30 días por cada año del plan)	$50	$50
Estadía breve y observación (hasta 23 horas por cada año del plan)	$200	$200
Tarifas mensuales	**Opción Low**	**Opción High**
Solo el asociado	$8.43	$13.74
Asociado + Cónyuge	$18.71	$31.61
Asociado + Hijos	$14.32	$22.74
Asociado + Cónyuge + Hijos	$23.71	$37.91

Información detallada importante

Esta hoja de Resumen de Beneficios es una descripción general del Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria ofrecido, y se proporciona solamente a modo ilustrativo. No es un contrato. No modifica ni afecta de ningún modo la póliza real que se emita. Únicamente la póliza de seguro emitida al titular de la póliza (su empleador) puede describir completamente todos los términos, condiciones, disposiciones, limitaciones y exclusiones de su cobertura de seguro. En caso de haber alguna diferencia entre la hoja de Resumen de Beneficios y la póliza de seguro, se aplicarán los términos de la póliza de seguro.

Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 26 años.

El asociado debe estar inscrito en la cobertura para que la cobertura esté disponible para dependientes.

Los beneficios por defectos congénitos o anomalías del dependiente (incluidas, entre otras, labio leporino o paladar hendido) no están sujetos a restricciones por enfermedades preexistentes o período de espera.

Exclusiones y limitaciones

Este certificado no cubre ninguna pérdida (directa o indirectamente) causada por lo siguiente o resultante de ello:

1. Un acto o accidente de guerra, declarada o no declarada, ya sea civil o internacional, y cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas militares

2. Pérdida sufrida durante el servicio militar activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país (excepto durante cualquier período de cobertura que se extienda conforme a la disposición Continuación durante un Permiso para Ausentarse del Trabajo)
3. Cualquier lesión autoinfligida intencionalmente
4. Participación activa en un disturbio
5. Perpetración o intento de perpetrar un delito grave, o participación o intento de participar en un delito grave
6. Participación en la perpetración de una agresión o en una actividad ilegal
7. Consumo de alcohol o consumo no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar, sea o no recetada por un médico; esta exclusión no se aplica al beneficio por el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas (para pacientes hospitalizados), si está cubierto por esta póliza
8. Una cirugía estética o electiva, a excepción de la cirugía estética realizada a un dependiente que sea un niño, para corregir un defecto o una anomalía congénitos
9. Tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios
10. Reversión de una ligadura de trompas o vasectomía
11. Inseminación artificial, fecundación in vitro y fecundación en tubo de ensayo, incluido cualquier examen, medicamento o servicio médico relacionado, a menos que sea exigido por la ley
12. Participación en cualquier forma de aeronáutica (incluido el paracaidismo y el aladeltismo), excepto como pasajero que paga un boleto en una aeronave con licencia de una aerolínea común que opera entre aeropuertos claramente establecidos
13. La atención de rutina de bebés recién nacidos o atención de rutina de bebés durante la internación inicial en un hospital
14. Conducción en cualquier prueba de velocidad o carrera organizada o programada o mientras se prueba un automóvil o cualquier vehículo motorizado en un autódromo o pista de carreras
15. Trastornos mentales y nerviosos; esta exclusión no se aplica al beneficio por el tratamiento de trastornos mentales y nerviosos (para pacientes hospitalizados) si está cubierto por esta póliza
16. Cirugía plástica o dental con fines estéticos, excepto cuando dicha cirugía se requiere para: (a) tratar una lesión; o (b) corregir un trastorno de una función corporal normal
17. Práctica o participación en cualquier competencia deportiva profesional o semiprofesional por la cual se reciba cualquier tipo de compensación o remuneración

"Cirugía estética" se refiere a la cirugía practicada para modificar o mejorar el aspecto de una característica o de un defecto físico. A efectos de excluir beneficios, cirugía estética no se refiere a la cirugía reconstructiva practicada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por:

1. Defectos congénitos
2. Anomalías del desarrollo
3. Trauma
4. Infección
5. Tumores
6. Enfermedad (cuando la intención es mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible)

La cirugía reconstructiva incluye:

1. Servicios dentales o de ortodoncia que formen parte integral de la cirugía reconstructiva para procedimientos de paladar hendido
2. Cirugía y prótesis para restaurar y lograr simetría después de una mastectomía

"Cirugía electiva" significa:

1. Cirugía estética
2. Cualquier otra cirugía que:
   a. No tenga como propósito corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo
   b. No se realice con el propósito de mejorar una función
   c. Si tiene como propósito mejorar la apariencia o crear una apariencia normal, no es causada por una enfermedad indicada anteriormente en los puntos 1 al 6

A efectos de excluir beneficios, cirugía electiva no incluye:

1. Cesárea
2. Cualquier cirugía relacionada con complicaciones del embarazo; o cirugía bariátrica realizada junto con un diagnóstico de obesidad mórbida

¡Consejos útiles para comenzar!



Con UnitedHealthcare, usted tiene una mano amiga. Proporcionamos planes diseñados para ayudarle a mantener los costos bajo control y disfrutar de una vida más saludable. Elija un plan que, en su esencia, procure cuidar bien de usted todos los días. Estamos aquí para ayudarle a presentar su reclamo más fácilmente. El sitio web de salud complementaria, diseñado para que sea sencillo y rápido, ofrece acceso de autoservicio a sus reclamos desde cualquier dispositivo.

Comience registrándose en **myuhcfp.com**

Haga clic en “Member Log In” (Inicio de sesión para miembros). La primera vez, necesitará su ID de Grupo **390257** y el Nombre del Grupo **Compass Group USA, Inc.** Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **1-877-624-8390**.

Complete su cobertura con un plan de salud complementario diseñado para ayudarle a planificar lo inesperado

Benefit Assist está aquí para ayudarle



Usted puede concentrarse en su salud mientras nosotros nos encargamos del resto

Si está inscrito en un plan de salud y en un plan de salud complementario de UnitedHealthcare, como un Plan de Protección en Caso de Accidentes, un Plan de Protección en Caso de Enfermedades Críticas o un Plan de Indemnización Hospitalaria, tiene acceso a apoyo personalizado de Benefit Assist. Benefit Assist puede ayudar a facilitar el proceso y a que reciba pagos con mayor rapidez de la siguiente manera:

- Revisa sus reclamos médicos que cumplen los requisitos para ver si usted califica para un pago de beneficios
- Le notifica si algún reclamo médico cumple los requisitos para un pago de beneficios de su plan complementario
- Le conecta con un especialista en reclamos que le ayudará con el proceso de presentación de un reclamo al plan complementario

Este servicio está disponible sin costo adicional como parte de los beneficios de su plan médico y complementario.

¿Cómo funciona?

Benefit Assist identifica un reclamo

Benefit Assistant se comunica con el asociado para iniciar un reclamo

Se procesa el reclamo

Determinación final de beneficios

No tiene la obligación de usar Benefit Assist para presentar su reclamo del plan de salud complementario. Tiene la opción de presentar su propio reclamo llamando al número que se menciona a continuación.

Llame al 1-877-624-8390

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este

Pasos fáciles para presentar un reclamo manual



Siga estos pasos si tiene un Plan en Caso de Accidentes, en Caso de Enfermedades Críticas o de Indemnización Hospitalaria de UnitedHealthcare.

Pasos para presentar un reclamo

Utilice la siguiente lista de verificación de información para reunir la información necesaria para iniciar el proceso de reclamo. Tenga esta información lista cuando nos llame. Si otra persona llama en su lugar, deberá proporcionar dicha información en nombre de usted.

Llámenos al número gratuito **1-877-624-8390**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Lista de verificación de información

- ✔ Nombre y sitio del empleador
- ✔ Su nombre completo y número de Seguro Social
- ✔ Su dirección completa y número de teléfono
- ✔ Fecha de nacimiento
- ✔ Estado civil y número de dependientes
- ✔ Último día que trabajó
- ✔ Detalles del evento médico
- ✔ Nombre, dirección y número de teléfono del médico
- ✔ Fechas del tratamiento

Después de recibir toda la documentación completada:

- ✔ Le informaremos por teléfono o carta en un plazo no mayor de 5 días hábiles que estamos revisando todo
- ✔ Nos aseguraremos de que su reclamo reciba una evaluación completa, justa y objetiva
- ✔ Le enviaremos el pago del beneficio después de la aprobación, si corresponde; si su reclamo no es aprobado, un especialista en reclamos le informará por teléfono y carta

He aquí la letra pequeña

No tratamos a los asociados de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que no ha recibido un trato justo debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles:

Correo Postal: UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Internet: uhc_civil_rights@uhc.com

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la evaluemos nuevamente. Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Internet: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Los formularios para quejas están disponibles en hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Teléfono: Número gratuito **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo Postal: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (**Spanish**), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (**Vietnamese**), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (**Tagalog**), may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (**Russian**). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (**Arabic**)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج على بطاقة العضوية الخاصة بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen (**Haitian Creole**), ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (**French**), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (**Polish**), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (**Portuguese**), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (**German**) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

توجه: اگر زبان شما فارسی (**Farsi**) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفا با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (**Hindi**) बोलते है, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध है। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (**Navajo**) bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shǫǫdí ninaaltsoos nitł'izí bee nééhozinígíí bine'dęę' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

Notas

Notas

United Healthcare® | COMPASS GROUP®

ESTAS SON PÓLIZAS DE BENEFICIOS LIMITADAS.
El producto de Protección en Caso de Accidentes de UnitedHealthcare es proporcionado por UnitedHealthcare Insurance Company en el formulario UHI-ACC-POL (2018) y otros, en Texas en el formulario UHI-ACC-POL-TX (2018) y en Virginia en el formulario UHI-ACC-POL-VA (2018). Las pólizas incluyen exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos bajo los cuales la póliza podría seguir en vigencia o ser discontinuada. Para conocer los costos y obtener información detallada completa de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la compañía. Algunos productos no están disponibles en todos los estados. UnitedHealthcare Insurance Company está ubicada en Hartford, CT.

El producto de Seguro en Caso de Enfermedades Críticas de UnitedHealthcare es proporcionado por UnitedHealthcare Insurance Company en el formulario UHICI-POL-1 y otros, en Texas en UHICI-POL-1 y en Virginia en UHICI-POL-1_VA. La cobertura en Caso de Enfermedades Críticas NO se considera "cobertura esencial mínima" conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y, por lo tanto, NO cumple el mandato de tener cobertura de seguro de salud. La falta de otra cobertura de seguro de salud podría estar sujeta a una multa fiscal. Consulte a un asesor fiscal. Las pólizas incluyen exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos bajo los cuales la póliza podría seguir en vigencia o ser discontinuada. Para conocer los costos y obtener información detallada completa de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la compañía. Algunos productos no están disponibles en todos los estados. UnitedHealthcare Insurance Company está ubicada en Hartford, CT.

El producto de Indemnización Hospitalaria de UnitedHealthcare es proporcionado por UnitedHealthcare Insurance Company en el formulario UHIHIP-POL-TX y otros, y UHIHIP-CERT-TX y otros en Texas, y UHIHIP-POL-VA y otros, y UHIHIP-CERT-VA y otros en Virginia. El producto ofrece un beneficio limitado por ciertos beneficios del plan de indemnización hospitalaria. Tenga en cuenta: la cobertura de indemnización hospitalaria NO se considera "cobertura esencial mínima" conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y, por lo tanto, NO cumple con el mandato de tener cobertura de seguro de salud. La falta de otra cobertura de seguro de salud podría estar sujeta a una multa fiscal. Consulte a un asesor fiscal. Las pólizas incluyen exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos bajo los cuales la póliza podría seguir en vigencia o ser discontinuada. Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la compañía. Este producto no está disponible en todos los estados. UnitedHealthcare Insurance Company está ubicada en Hartford, CT.

Es posible que algunos beneficios y programas especializados no estén disponibles en todos los estados o para todos los tamaños de grupos. Componentes sujetos a cambios. Estas pólizas tienen exclusiones, limitaciones y condiciones en las cuales la póliza podría continuar en vigencia o ser discontinuada.

Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, comuníquese con su representante de ventas de UnitedHealthcare.

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle.

La asistencia de Benefit Assist está disponible sin costo adicional para los grupos que tienen un plan de salud y un plan de salud complementario de UnitedHealthcare. Los pagos de beneficios relacionados con el programa Benefit Assist del Plan de Salud Complementario están sujetos a los requisitos de participación y a los beneficios descritos en su póliza de UnitedHealthcare. Para obtener más información detallada, comuníquese con su agente de seguros o representante de ventas de UnitedHealthcare.

EI266204000.0SP 06/26 © 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. ES26-6160550b