Resumen de Beneficios – Compass Group USA, Inc.

Plan de Protección contra Accidentes

Número de Servicio al Cliente de Seguros Complementarios de Salud: **1-877-624-8390**

Escanee el código para obtener más información sobre su Plan de Protección contra 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		
	Low Option	**High Option**
Cuidado inicial		
Ambulancia aérea	$1,300	$2,500
Tratamiento en la sala de emergencias	$250	$500
Ambulancia terrestre	$300	$600
Consultorio 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 (UCI) del hospital	$1,200	$2,000
Reclusión en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital	$550	$800
Cuidado médico 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 de seguimiento con el médico (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 contra 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/hernia de disco	$750	$1,000
Cirugía de tendón/ligamento/cartílago delhombro/manguito de los rotadores/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 contra 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 esternoclavicular)	$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 médico de seguimiento y Lesiones comunes en un 25%	
Beneficios adicionales		
Beneficio por modificación del automóvil	$1,000	$1,000

Detalles importantes

Esta hoja de Resumen de Beneficios es una descripción general del Plan de Protección contra 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 empleado debe estar inscrito en la cobertura para que la cobertura esté disponible para dependientes.

Exclusiones del Plan de Protección contra 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

EINC24MP0265014_000
10/2024

ESTA ES UNA PÓLIZA DE BENEFICIOS LIMITADOS.

El producto de Protección Contra 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-ACCPOL-VA (2018). Las pólizas incluyen exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos bajo los cuales la póliza puede seguir en vigencia o ser discontinuada. Para conocer los costos y obtener detalles completos 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.

B2C 9/24 © 2024 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. (ES24-3435170a)