

NEIGHBORHOOD HEALTH PARTNERSHIP FREEDOM 50/2500 SELECT PLAN

(No PCP Required, No Referral Required, No Network Required*)

SUMMARY OF BENEFITS

A quick glance at this Summary of Benefits will introduce you to the important advantages of the Neighborhood Health Partnership (NHP) Freedom Select Plan.

The Summary of Benefits, although a helpful tool, is only a summary. Always refer to your member handbook and riders for a detailed explanation of your coverage or call Customer Services at 305-715-2500, 1-800-354-0222 (outside Miami-Dade) or for the hearing impaired please use (TTY) 305-715-2322, when you have a question about your plan. In the event of a conflict between this Summary of Benefits and the member handbook and riders, the member handbook and riders will control.

Features	Coverage														
Co-payments for in-network physician & urgent care visits	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Type</u></th> <th style="text-align: right;"><u>Patient co-pay</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Provider 1</td> <td style="text-align: right;">\$50</td> </tr> <tr> <td>All other providers</td> <td style="text-align: right;">\$50</td> </tr> <tr> <td>Annual Routine Physical (age 2 and up)</td> <td style="text-align: right;">\$50</td> </tr> <tr> <td>Well-woman Visit</td> <td style="text-align: right;">\$50</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>see page 4 for details on provider categories</i></td> </tr> <tr> <td>Urgent Care Centers</td> <td style="text-align: right;">\$145</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Type</u>	<u>Patient co-pay</u>	Provider 1	\$50	All other providers	\$50	Annual Routine Physical (age 2 and up)	\$50	Well-woman Visit	\$50	<i>see page 4 for details on provider categories</i>		Urgent Care Centers	\$145
	<u>Type</u>	<u>Patient co-pay</u>													
Provider 1	\$50														
All other providers	\$50														
Annual Routine Physical (age 2 and up)	\$50														
Well-woman Visit	\$50														
<i>see page 4 for details on provider categories</i>															
Urgent Care Centers	\$145														
Deductible	All benefits not subject to a co-payment are subject to a calendar year deductible of \$2,500 per member, or \$5,000 per family, whichever comes first.														
Co-insurance	All benefits not subject to a co-payment are covered 100% once the calendar year deductible is met.														
Out-of-pocket maximums	There is no out-of-pocket maximum for co-payments.														
Out-of-network coverage	<p>Except for services listed in the Network-only coverage section below, this plan will process out-of-network claims at the following levels:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Benefit</u></th> <th style="text-align: right;"><u>Reimbursement Level</u> <u>(As a % of Medicare Allowable Fee Schedule)</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospital, Skilled Nursing Facility Ambulatory Surgery Center, Urgent Care Center</td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">80%</td> </tr> <tr> <td>Physician</td> <td style="text-align: right;">80%</td> </tr> <tr> <td>Diagnostic Services</td> <td style="text-align: right;">80%</td> </tr> <tr> <td>All other covered benefits**</td> <td style="text-align: right;">80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>**For ambulance services, ordinance rates will apply where required by law. The member will be responsible for any amount that the provider bills in excess of the plan reimbursement level. Any out-of-network claims that are applied to the deductible will be applied at the level of Medicare Allowable Fee Schedule indicated above.</p>	<u>Benefit</u>	<u>Reimbursement Level</u> <u>(As a % of Medicare Allowable Fee Schedule)</u>	Hospital, Skilled Nursing Facility Ambulatory Surgery Center, Urgent Care Center	80%	Physician	80%	Diagnostic Services	80%	All other covered benefits**	80%				
<u>Benefit</u>	<u>Reimbursement Level</u> <u>(As a % of Medicare Allowable Fee Schedule)</u>														
Hospital, Skilled Nursing Facility Ambulatory Surgery Center, Urgent Care Center	80%														
Physician	80%														
Diagnostic Services	80%														
All other covered benefits**	80%														
Network-only coverage	<p>You must use network providers to receive coverage for the following services:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Benefit</u></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mental Health/Substance Abuse/Alcoholism</td> <td>Podiatry</td> </tr> <tr> <td>Laboratory Services</td> <td>Chiropractic</td> </tr> <tr> <td>Home Health, DME, Infusion</td> <td>Rehabilitative Therapy</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Diabetes Supplies & Equipment</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Call Customer Services for access to these providers</i></p>	<u>Benefit</u>		Mental Health/Substance Abuse/Alcoholism	Podiatry	Laboratory Services	Chiropractic	Home Health, DME, Infusion	Rehabilitative Therapy		Diabetes Supplies & Equipment				
<u>Benefit</u>															
Mental Health/Substance Abuse/Alcoholism	Podiatry														
Laboratory Services	Chiropractic														
Home Health, DME, Infusion	Rehabilitative Therapy														
	Diabetes Supplies & Equipment														

*Other than services listed in the Network only coverage section.

YOUR NHP PLAN COVERAGE

IMPORTANT NOTICE: Unless otherwise stated, care, services or treatment, not medically necessary, or not prior authorized by NHP are not covered services. *You must check your member handbook and riders for further details relating to your coverage. In the event of a conflict between this Summary of Benefits and the member handbook and riders, the member handbook and riders will control.*

Features	Requirements	
Authorizations	Your provider must obtain pre-certification for designated services, including, but not limited to: all inpatient care, outpatient surgical procedures, durable medical equipment (DME), home health services, home infusion, hospice care, rehabilitation, skilled nursing facility, transplants, and other services. If these services are not pre-certified, a 20% reduction of benefit level will apply. <i>Contact Medical Management at 1-800-550-5568.</i>	
Diagnostic Services	In order to qualify for network-level benefits, the following services must be performed by a provider in the DMS network or in the office of an in-network physician: MRIs, MRAs, CT scans, PET scans, nuclear stress tests, diagnostic non-obstetrical ultrasounds, and echocardiograms including doppler studies.	
Services & supplies		Coverage
Hospital services	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient care (medical, surgical, maternity and physical rehabilitation admissions) Outpatient non-surgical care Outpatient surgical care Emergency room services Diabetes outpatient self-management training and educational services 	100% after \$2,500 deductible
Physician Office Visit	<p>Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> Physical exams X-ray Laboratory Services Well-child care Hearing exams (children through age 17; one exam per calendar year) Vision screening (children through age 17 to determine need for vision correction; one exam per calendar year) Preventive health services Intrauterine birth-control devices Immunizations <p>Note: Services other than those listed above may be subject to additional co-payments and deductible as listed herein.</p>	100% after applicable co-payment per visit
Allergy Testing & Treatment	Performed in a Physicians Office	100% after \$40 co-payment
Urgent Care Centers	All available services	100% after \$145 co-payment
Mental health <i>(Services must be provided by NHP's behavioral health network)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient (maximum benefit period of 30 days per calendar year) Outpatient professional office visit (maximum of 20 visits per calendar year) 	100% after \$2,500 deductible 100% after co-payment per schedule

Services & supplies		Coverage
Alcohol, drug, chemical dependency <i>(Services must be provided by NHP's behavioral health network)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient (limited to crisis intervention for medical detoxification only) Outpatient professional office visit <i>Maximum benefit of \$2000 per calendar year</i>	<p>100% after \$2,500 deductible</p> <p>100% after co-payment per schedule</p>
Rehabilitative Therapy	<ul style="list-style-type: none"> Physical, respiratory, speech, cardiac, and occupational therapy (up to 60 visits per calendar year for all services combined) 	100% after \$55 co-payment per visit
Other medical services	<ul style="list-style-type: none"> Chiropractic services (limited to 12 treatments per year) Prenatal physician office services, including one OB ultrasound between weeks 13 and 24 of pregnancy (co-payment applies for initial OB visit only) Podiatry 	100% after co-payment per schedule
	<ul style="list-style-type: none"> Injections (Chemotherapy, Pain Management & other Provider administered injections) Transplants Cancer Radiation Treatments Skilled nursing facility (up to 120 days per calendar year or spell of illness; custodial care is not covered) Ambulance Diabetes supplies & equipment Sterilization (not performed in physician office) Office Surgery Cardiac testing included but not limited to: EKG, Stress Tests, catheterization High Cost Diagnostic Services; MRIs, MRAs, CT scans, PET scans, nuclear stress tests, diagnostic non-obstetrical ultrasounds, and echocardiograms including doppler studies. X-rays and other diagnostic services (not performed in physicians office) Physician services for maternity delivery Hospice services (up to lifetime maximum benefit of 180 days) 	100% after \$2,500 deductible
	<ul style="list-style-type: none"> Prosthetic devices (limited to one prosthetic per loss of limb or eye) Mammograms (includes one baseline for women age 35 through 39, one every year for women age 40 and over, or more frequently based on physician's recommendation) Home healthcare (up to 20 visits per calendar year or spell of illness; custodial care not included) Home infusion services (up to 20 visits per calendar year or spell of illness) Durable medical equipment and disposable medical supplies (limited to a lifetime medical maximum benefit of \$2,500) Laboratory services obtained through Labcorp Inc. or performed in the physician office. 	<p>100%</p> <p>(not subject to deductible)</p>

**PROVIDER 1
PHYSICIANS**

Dermatologist
Family Practitioner
General Practitioner
General Pediatrician
Internal Medicine
Mental Health/Substance
Abuse Counselors

In order to enroll a newborn child, the plan must receive a completed and signed enrollment form within 60 days of the date of birth. If the child is enrolled within 30 days of birth, no additional premium will be charged for the first 30 days of coverage. If the child is enrolled between 31 and 60 days of birth, additional premium for the child will be charged from the date of birth. For newborn children timely enrolled within 60 days of the date of birth, coverage shall be effective as of the date of birth. If the newborn child is not enrolled within 60 days of birth, the newborn child will not be eligible to enroll until the next open enrollment period. You must enroll your newborn within these time periods regardless of whether your coverage is family coverage.

A full list and description of benefits are in your member handbook and riders.

Your member handbook and riders lists the exclusions, limitations and restrictions which apply.

7600 Corporate Center Drive, Miami, FL 33126 • PO Box 025680, Miami, FL 33102-5680
305-715-2500 • 1-800-354-0222 (outside Miami-Dade)
www.myNHP.com

NEIGHBORHOOD HEALTH PARTNERSHIP PLAN FREEDOM 50/2500 SELECT

(No se Requiere PCP, No se Requiere Referencia, No se Requiere Red*)

RESUMEN DE BENEFICIOS

Un rápido vistazo a este Resumen de Beneficios le mostrará las importantes ventajas del Plan Freedom Select de Neighborhood Health Partnership (NHP, por sus siglas en inglés). El Resumen de Beneficios, aunque es una herramienta útil, es sólo un resumen. Para obtener una explicación detallada de su cobertura, consulte siempre su manual del miembro y las cláusulas adicionales o llame a Servicios al Miembro al 1-888-414-3245 o al 305-715-2322 para las personas con limitaciones auditivas (TTY), cuando tenga alguna pregunta sobre su plan. En caso de un conflicto entre este Resumen de Beneficios y el manual del miembro y las cláusulas adicionales, prevalecerán el manual del miembro y las cláusulas adicionales.

Características	Cobertura														
Copagos para visitas a un médico de la red y para atención de urgencia	<table border="0"> <thead> <tr> <th><u>Tipo</u></th> <th><u>Copago del paciente</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Proveedor 1</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>Todos los demás proveedores</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>Examen Físico Rutinario Anual (desde los 2 años de edad en adelante)</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>Consulta para la Mujer Sana</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Para obtener detalles sobre las categorías de proveedores, consulte la página 4.</td> </tr> <tr> <td>Centros de Atención de Urgencia</td> <td>\$145</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Tipo</u>	<u>Copago del paciente</u>	Proveedor 1	\$50	Todos los demás proveedores	\$50	Examen Físico Rutinario Anual (desde los 2 años de edad en adelante)	\$50	Consulta para la Mujer Sana	\$50	Para obtener detalles sobre las categorías de proveedores, consulte la página 4.		Centros de Atención de Urgencia	\$145
	<u>Tipo</u>	<u>Copago del paciente</u>													
Proveedor 1	\$50														
Todos los demás proveedores	\$50														
Examen Físico Rutinario Anual (desde los 2 años de edad en adelante)	\$50														
Consulta para la Mujer Sana	\$50														
Para obtener detalles sobre las categorías de proveedores, consulte la página 4.															
Centros de Atención de Urgencia	\$145														
Deducible	Todos los beneficios no sujetos a copago están sujetos al deducible de año calendario de \$2,500 por miembro, o de \$5,000 por familia, el que sea primero.														
Coaseguro	Todos los beneficios no sujetos a un copago tienen el 100% de cobertura una vez que se haya cumplido con el deducible del año calendario.														
Gasto Máximo de Desembolso Personal	No hay un máximo de desembolso personal para los copagos.														
Cobertura Fuera de la Red	<p>Exceptuando los servicios detallados en la sección de cobertura sólo en la Red, que se explica a continuación, este plan procesará los reclamos fuera de la red en los siguientes niveles:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th><u>Beneficio</u></th> <th><u>Nivel de Reembolso</u> (Como un % de la Lista de Cuotas Permitidas de Medicare)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospital, Centro de Enfermería Especializada Centro de Cirugía Ambulatoria, Centros de Atención de Urgencia</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Médico</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Servicios de Diagnóstico</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Todos los demás beneficios cubiertos**</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>**Para los servicios de ambulancia, se aplicarán las tarifas regulatorias, cuando las leyes lo requieran.</p> <p>El miembro será responsable por cualquier suma que el proveedor facture y que exceda el nivel de reembolso del plan. Cualquier reclamo fuera de la red que se aplique al deducible se aplicará al nivel de la Lista de Cuotas Permitidas de Medicare que se indicó anteriormente.</p>	<u>Beneficio</u>	<u>Nivel de Reembolso</u> (Como un % de la Lista de Cuotas Permitidas de Medicare)	Hospital, Centro de Enfermería Especializada Centro de Cirugía Ambulatoria, Centros de Atención de Urgencia	80%	Médico	80%	Servicios de Diagnóstico	80%	Todos los demás beneficios cubiertos**	80%				
<u>Beneficio</u>	<u>Nivel de Reembolso</u> (Como un % de la Lista de Cuotas Permitidas de Medicare)														
Hospital, Centro de Enfermería Especializada Centro de Cirugía Ambulatoria, Centros de Atención de Urgencia	80%														
Médico	80%														
Servicios de Diagnóstico	80%														
Todos los demás beneficios cubiertos**	80%														
Cobertura sólo dentro de la Red	<p>Usted debe utilizar proveedores de la red para recibir cobertura para los siguientes servicios:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th><u>Beneficio</u></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Salud Mental/Abuso de Sustancias/Alcoholismo</td> <td>Podiatría</td> </tr> <tr> <td>Servicios de Laboratorio</td> <td>Quiropráctica</td> </tr> <tr> <td>Salud en el Hogar, Equipo Médico</td> <td>Terapia de Rehabilitación</td> </tr> <tr> <td>Duradero (DME, por sus siglas en inglés), Infusión</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Equipos y Suministros para la Diabetes</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Para tener acceso a estos proveedores llame a Servicios al Miembro.</i></p>	<u>Beneficio</u>		Salud Mental/Abuso de Sustancias/Alcoholismo	Podiatría	Servicios de Laboratorio	Quiropráctica	Salud en el Hogar, Equipo Médico	Terapia de Rehabilitación	Duradero (DME, por sus siglas en inglés), Infusión			Equipos y Suministros para la Diabetes		
<u>Beneficio</u>															
Salud Mental/Abuso de Sustancias/Alcoholismo	Podiatría														
Servicios de Laboratorio	Quiropráctica														
Salud en el Hogar, Equipo Médico	Terapia de Rehabilitación														
Duradero (DME, por sus siglas en inglés), Infusión															
	Equipos y Suministros para la Diabetes														

*Otros servicios que no sean los detallados en la sección de Cobertura sólo dentro de la red.

SU COBERTURA DEL PLAN NHP

AVISO IMPORTANTE: A menos que se estipule lo contrario, la atención, los servicios o el tratamiento que no sean médicamente necesarios o previamente autorizados por NHP, no son servicios cubiertos. *Para obtener más detalles relacionados con su cobertura, debe consultar su manual del miembro y las cláusulas adicionales. En caso de un conflicto entre este Resumen de Beneficios y el manual del miembro y las cláusulas adicionales, prevalecerán el manual del miembro y las cláusulas adicionales.*

Características		Requisitos
Autorizaciones	Su proveedor debe obtener una certificación previa para los servicios designados, incluyendo pero no limitándose a: toda la atención para pacientes hospitalizados, los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios, el equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), los servicios de salud en el hogar, la infusión en el hogar, los cuidados paliativos, la rehabilitación, los centros de enfermería especializada, los trasplantes y demás servicios. Si estos servicios no cuentan con certificación previa, se aplicará una reducción del 20% en el nivel del beneficio. <i>Comuníquese con la Administración Médica, al 1-800-550-5568.</i>	
Servicios de Diagnóstico	Para calificar para los servicios al nivel de la red, los siguientes servicios deben ser realizados por un proveedor de la red DMS o en el consultorio de un médico que pertenezca a la red: imagen de resonancia magnética nuclear (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía de resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), exámenes nucleares de estrés, ultrasonidos diagnósticos no obstétricos y ecocardiogramas, incluyendo estudios doppler.	
Servicios y Suministros		Cobertura
Servicios hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> Atención para pacientes hospitalizados (admisiones médicas, quirúrgicas, para maternidad y para rehabilitación física) Atención no quirúrgica para pacientes ambulatorios Atención quirúrgica para pacientes ambulatorios Servicios en la sala de emergencias Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios educativos para pacientes ambulatorios 	100% después del deducible de \$2,500
Visita al Consultorio del Médico	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos Radiografías Servicios de Laboratorio Atención del niño sano Exámenes de audición (niños hasta los 17 años de edad; un examen por año calendario) Examen de la vista (niños hasta los 17 años de edad, para determinar la necesidad de corrección de la vista; un examen por año calendario) Servicios preventivos para la salud Dispositivos intrauterinos para el control de la natalidad Inmunizaciones <p>Nota: Los servicios que no sean los detallados anteriormente, pueden estar sujetos a copagos y deducibles adicionales, de acuerdo a lo detallado en el presente resumen.</p>	100% después del copago correspondiente por visita
Examen y Tratamiento de Alergias	Realizados en el Consultorio de un Médico	100% después de un copago de \$40
Centros de Atención de Urgencia	Todos los servicios disponibles	100% después de un copago de \$145
Salud mental <i>(Los servicios deben ser proporcionados por la red de salud conductual de NHP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalizados (período máximo de beneficios de 30 días por año calendario) Visita al consultorio del profesional para pacientes ambulatorios (un máximo de 20 visitas por año calendario) 	<p>100% después del deducible de \$2,500</p> <p>100% después del copago de acuerdo con el programa</p>
Servicios y Suministros		Cobertura

<p>Dependencia de alcohol, drogas y sustancias químicas <i>(Los servicios deben ser proporcionados por la red de salud conductual de NHP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados (limitados a la intervención en crisis sólo para la desintoxicación médica) • Visitas al consultorio del profesional para pacientes ambulatorios <p><i>Beneficio máximo de \$2000 por año calendario.</i></p>	<p>100% después del deducible de \$2,500</p> <p>100% después del copago de acuerdo con el programa</p>
<p>Terapia de Rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, respiratoria, del habla, cardíaca y ocupacional (hasta 60 visitas por año calendario para todos los servicios combinados) 	<p>100% después de un copago de \$55 por visita</p>
<p>Otros servicios médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos (limitados a 12 tratamientos por año) • Servicios prenatales en el consultorio del médico, incluyendo un ultrasonido obstétrico entre las semanas 13 y 24 del embarazo (sólo se aplica un copago por la visita inicial al obstetra (OB, por sus siglas en inglés)) • Podiatría 	<p>100% después del copago de acuerdo con el programa</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones (Quimioterapia, Control del Dolor y otras inyecciones administradas por el Proveedor) • Trasplantes • Tratamientos de Radiación para el Cáncer • Centro de enfermería especializada (hasta 120 días por año calendario o período de enfermedad; la atención de custodia no está cubierta) • Ambulancia • Equipos y suministros para la Diabetes • Esterilización (no realizada en el consultorio del médico) • Cirugía en el Consultorio • Pruebas cardíacas, incluyendo pero no limitándose a: Electrocardiograma, Pruebas de Estrés, cateterismo • Servicios Diagnósticos de Alto Costo: imagen de resonancia magnética nuclear (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía de resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), exámenes nucleares de estrés, ultrasonido diagnóstico no obstétrico y ecocardiogramas, incluyendo estudios doppler • Radiografías y otros servicios diagnósticos (no realizados en el consultorio del médico) • Servicios médicos paraparto • Servicios de cuidados paliativos (hasta un beneficio máximo de 180 días de por vida) 	<p>100% después del deducible de \$2,500</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos (limitados una prótesis por pérdida de un miembro o un ojo) • Mamografías (incluye una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años de edad, una todos los años para mujeres de 40 años de edad o mayores o con más frecuencia en base a las recomendaciones del médico) • Cuidado de la salud en el hogar (hasta 20 visitas por año calendario o período de enfermedad; la atención de custodia no está cubierta) • Servicios de infusión en el hogar (hasta 20 visitas por año calendario o período de enfermedad) • Equipo médico duradero y suministros médicos desechables (limitados a un beneficio médico máximo de \$2,500 de por vida) • Servicios de laboratorio recibidos a través de Labcorp Inc. o realizados en el consultorio del médico. 	<p>100%</p> <p>(no sujeto al deducible)</p>

PROVEEDOR 1

MÉDICOS

Dermatólogo
Médico de Familia
Profesional de Atención Médica General
Pediatra de Práctica General
Medicina Interna
Consejeros de Salud Mental/Abuso de Sustancias

Para poder inscribir a un niño recién nacido, el plan debe recibir un formulario de inscripción completo y firmado, dentro de los 60 días posteriores a la fecha del nacimiento. Si el niño es inscrito dentro de los 30 días posteriores al nacimiento, no se cobrará ninguna prima adicional durante los primeros 30 días de cobertura. Si el niño es inscrito entre los 31 y 60 días posteriores al nacimiento, se cobrará una prima adicional para el niño, a partir de la fecha de nacimiento. Para los niños recién nacidos inscritos oportunamente dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento, la cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha del nacimiento. Si no se inscribe al niño recién nacido dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, el niño recién nacido no será elegible para inscribirse hasta el próximo período de inscripciones abiertas. Usted debe inscribir a su hijo recién nacido dentro de estos plazos independientemente de si su cobertura es una cobertura familiar.

El listado completo y la descripción de los beneficios se encuentran en su manual del miembro y en las cláusulas adicionales.

Su manual del miembro y las cláusulas adicionales detallan las exclusiones, limitaciones y restricciones que se aplican.