

RSL BasicCare®

Beneficios importantes para usted y su familia

Considere esta protección importante que llega a usted y sus dependientes mediante su empleador, a través de una sencilla deducción del pago de nómina. Su aceptación está garantizada: no puede ser rechazado, siempre y cuando se inscriba durante su período de inscripción abierta.



El plan BasicAdvantage Total descrito en este folleto no sustituye el seguro de salud integral y no reúne los requisitos como cobertura de salud esencial mínima según la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Está orientado a brindar una cobertura de seguro básica a usted y a sus dependientes cubiertos.

El plan Essential descrito en este folleto no sustituye el seguro de salud integral, pero sirve para ofrecer cobertura esencial mínima según la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

RELIANCE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY
Oficina Central: 1900 East Golf Rd
Suite 500
Schaumburg IL, 60173.

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

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto en dólares limitado si tiene alguna enfermedad o está hospitalizado. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que reciba no se basa en el monto de su factura médica.
- Puede haber un límite respecto a lo que pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no necesita incluir la mayoría de las protecciones al consumidor federales que se aplican al seguro 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 recibir un seguro de salud a través de su empleo o del empleo de un familiar, comuníquese con el empleador que corresponda.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

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

BasicAdvantage Total Plan

- No hay limitaciones ni exclusiones por enfermedades preexistentes.
- Los dependientes inscritos reciben la misma cobertura que usted.
- Usted tiene la libertad de ir a cualquier médico matriculado o a cualquier hospital certificado.
- Las personas inscritas en el BasicAdvantage Total Plan también reciben los siguientes beneficios agregados que no constituyen seguro:
 - ✓ Acceso a descuentos a través de la red de proveedores del MultiPlan Limited Benefit Plan. Si elige un proveedor de la red, es posible que obtenga algunos ahorros en los costos, ya que los hospitales, los médicos y otros centros de la red ofrecen descuentos en sus servicios. Para encontrar un proveedor de la red, ingrese en www.multiplan.com o llame al 1-800-877-0005. 
 - ✓ Tarjeta para medicamentos recetados que ofrece descuentos en farmacias participantes. Llame a Express Scripts, Inc., al 1-866-282-1491, para averiguar qué proveedores hay en su área.
 - ✓ Afiliación al VSP Access Plan, que ofrece descuentos en exámenes de la vista y anteojos recetados en consultorios de médicos que forman parte de la red. Si tiene preguntas sobre el VSP Access Plan, llame a VSP al 1-800-877-7195 o visite el sitio web www.vsp.com.
 - ✓ Asistencia al viajero a través de On Call. Para usar este beneficio en cualquier momento antes de un viaje o durante este, puede comunicarse con On Call para recibir los servicios de asistencia en casos de emergencia. En los Estados Unidos, llame gratis al 1-800-456-3893. En el resto del mundo, puede llamar por cobrar al 1-603-328-1966.
 - ✓ Afiliación al plan de teleterapia y telemedicina de Broadreach Medical Resources (BMR), que es un beneficio por separado que recibe cuando se inscribe en la cobertura BasicAdvantage Total. Los servicios de telemedicina las 24 horas están disponibles sin costo adicional. Los servicios de teleterapia están disponibles luego del pago de una tarifa de \$28 por consulta. Se requiere una tarjeta de crédito. Para usar estos beneficios, puede llamar gratis al 1-833-936-9633 o iniciar sesión en RSL.YourBMRBenefits.com.
- También puede obtener más información, descargar formularios de reclamo, verificar el estado del reclamo o solicitar una nueva tarjeta de identificación a través de nuestro sitio web www.helpwithmyplan.com

BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Beneficios hospitalarios de habitación y comida:		
Beneficio diario para el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas		\$100 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		25
Beneficio diario para el tratamiento de abuso de sustancias y alcohol		\$100 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		25
Beneficio diario para el tratamiento de todas las demás enfermedades cubiertas		\$500 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		90
Beneficios de admisión hospitalaria para las siguientes enfermedades:		
Beneficio diario por cáncer (neoplasia maligna)		\$4,000 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario por ataque cardíaco (infarto de miocardio)		\$3,000 por día
Beneficio diario por enfermedad cardíaca ¹		\$1,500 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario por lesión accidental		\$2,000 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario por derrame cerebral (accidente cerebrovascular)		\$1,500 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario por parto		\$1,500 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio máximo para cirugía por procedimiento²		\$1,000 por día
Beneficio máximo para anestesia³		\$200 por día
¹ Los beneficios de admisión hospitalaria se pagan por un ataque cardíaco o una enfermedad cardíaca durante un año de cobertura, pero no en ambos casos.		
² Los beneficios de cirugía para pacientes hospitalizados cubiertos están programados y varían entre \$9 y \$1,000, según el procedimiento quirúrgico específico que se lleve a cabo.		
³ Los beneficios de anestesia para pacientes hospitalizados cubiertos varían y son equivalentes al 20% del beneficio correspondiente a cirugía de pacientes hospitalizados.		
BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Beneficios para visitas al médico:		
Beneficio diario para visita al consultorio como paciente nuevo		\$75 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario para visita al consultorio como paciente frecuente		\$70 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		5
Beneficio diario para visita al consultorio para asesoramiento		\$100 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario para visita al médico en sala de emergencias		\$75 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficios para radiología:		
Beneficio diario para resonancia magnética		\$150 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario para tomografía computarizada		\$75 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficio diario para todos los otros servicios de radiología		\$40 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		6
Beneficios para patología:		
Beneficio diario para todos los servicios de patología		\$40 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		6
Beneficios para atención de urgencia:		
Beneficio diario para visita a un centro de atención de urgencia		\$50 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		1
Beneficios para visitas a la sala de emergencias:		
Beneficio diario para el tratamiento de una lesión accidental		\$500 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		2
Beneficio diario para el tratamiento de una enfermedad		\$50 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		3
Beneficio máximo para cirugía por procedimiento⁴		\$1,000 por día
Beneficio máximo para anestesia⁵		\$200 por día
Beneficios para medicamentos recetados:		
Beneficio diario para medicamentos genéricos recetados (abastecimiento o reabastecimiento)		\$25 por día
Cantidad de beneficios diarios por año de cobertura		18
⁴ Los beneficios de cirugía para pacientes ambulatorios cubiertos están programados y varían entre \$14 y \$1,000, según el procedimiento quirúrgico específico que se lleve a cabo.		
⁵ Los beneficios de anestesia para pacientes ambulatorios cubiertos varían y son equivalentes al 20% del beneficio correspondiente a cirugía de pacientes ambulatorios.		

Plan Essential

El plan Essential está orientado a brindar cobertura esencial mínima según la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Les brinda a usted y a sus dependientes inscritos **atención preventiva solamente** y los ayuda a satisfacer los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Información general (atención preventiva solamente)

Copagos:\$0 (copago de \$50 para medicamentos anticonceptivos de marca)
Deducible:\$0
Porcentaje de beneficio 100 % de los gastos cubiertos (los gastos cubiertos corresponden a los cargos reales, pagado por el plan: o a los cargos usuales y acostumbrados, el monto que sea menor)
Máximo anual del plan: Ilimitado
Máximo de por vida del plan: Ilimitado

Resumen de servicios cubiertos

A continuación, se detallan algunos de los servicios de salud preventiva comunes cubiertos por el plan. Es posible que el plan también cubra un servicio que no está aquí enumerado, siempre y cuando sea un servicio de salud preventiva cubierto según se describe en la póliza.

Servicios cubiertos para niños y adolescentes

Exámenes de bienestar para niños: exámenes físicos y de agudeza visual.
Evaluaciones: del desarrollo y del comportamiento.
Vacunas: difteria, tétanos y tos ferina.
Exámenes de detección: pérdida auditiva, envenenamiento por plomo y depresión.

Servicios cubiertos para adultos

Visitas de atención preventiva anuales: exámenes físicos e historia clínica.
Vacunas: hepatitis e influenza.
Exámenes generales de salud: presión arterial, colesterol y diabetes.
Anticonceptivos recetados para mujeres.

Dental Plan

- El plan paga hasta un máximo de \$1,000 por persona cada año de cobertura después de un deducible de \$50 por persona.
- Visite a cualquier dentista.
- Cubre la mayoría de los servicios comunes y les brinda la misma cobertura a sus dependientes inscritos.

Tipos de cargos cubiertos por el plan	Porcentaje de los cargos que paga el plan	Período de espera de inscripción continua antes de que pague el plan
Controles y limpieza de rutina	80 %	Ninguno
Radiografías de aleta de mordida	80 %	Ninguno
Selladores (para niños)	80 %	Ninguno
Tratamientos con flúor (para niños)	80 %	Ninguno
Empastes	60 %	3 meses
Reparación de coronas y puentes	60 %	3 meses
Reparación de prótesis dentales	60 %	3 meses
Endodoncia (terapia pulpar y de conducto radicular)	60 %	3 meses
Periodoncia (tratamiento de las encías)	50 %	12 meses
Coronas y puentes	50 %	12 meses
Prótesis dentales	50 %	12 meses

Preguntas y respuestas

¿Quién puede estar cubierto? Además de brindarle cobertura a usted, los planes BasicAdvantage Total y Essential ofrecen cobertura para dependientes. Sus dependientes que cumplen con los requisitos son su cónyuge legal y sus hijos hasta los 25 años de edad, o bien, de cualquier edad si están incapacitados y no pueden valerse por sí mismos.

¿Cuándo comienza y finaliza mi cobertura? Su cobertura comienza el primer día del mes posterior al que se inscribe, siempre y cuando cumpla con los requisitos y se haya pagado la prima requerida. La cobertura de todos sus beneficios según el programa finalizará si (1) no se pagan las primas requeridas; (2) usted deja de ser un empleado que cumple con los requisitos; (3) las pólizas de seguro terminan; o (4) usted ingresa a las Fuerzas Armadas en servicio activo de tiempo completo.

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura de dependientes? La cobertura de sus dependientes comienza junto con la suya, a menos que usted los inscriba más adelante. En este caso, la cobertura de sus dependientes entrará en vigor después de que se apruebe la inscripción y se hayan pagado las primas correspondientes. Dicha cobertura finaliza junto con la suya o cuando el dependiente deje de cumplir con los requisitos.

¿Debo acudir a ciertos médicos u hospitales? No. Usted tiene la libertad de ir a cualquier médico matriculado o a cualquier hospital certificado. Sin embargo, con el plan BasicAdvantage Total, puede ahorrar dinero si utiliza un proveedor de la red. Los hogares de ancianos, de atención de enfermería o de descanso, o los centros para el tratamiento del alcoholismo, de la adicción a las drogas o de los desórdenes mentales no son hospitales.

¿Cómo funcionan los beneficios de admisión hospitalaria del plan BasicAdvantage Total? Al ser admitido como paciente hospitalizado, se paga un beneficio diario único para el tratamiento de cualquiera de las enfermedades especificadas anteriormente. El monto de beneficio diario varía según la enfermedad y se paga sobre la base del primer código de diagnóstico enumerado en el formulario de reclamo para la admisión hospitalaria.

¿Cuándo recibiré las tarjetas de identificación e información completa sobre la cobertura? Usted recibirá una *Descripción resumida del plan* después de su inscripción. Puede descargar una Descripción resumida del plan en www.helpwithmyplan.com una vez que se registre para usar el sitio.

¿El plan BasicAdvantage Total cubre beneficios por maternidad? Sí. La atención por maternidad tiene cobertura.

¿El plan BasicAdvantage Total cubre las consultas a un quiropráctico? Sí. Las visitas al consultorio de un quiropráctico están cubiertas. Sin embargo, no se brinda cobertura para manipulaciones, modalidades o ajustes de la columna.

Exclusiones y limitaciones

Los datos que aparecen a continuación constituyen un resumen solamente. Consulte la *Descripción resumida del plan* para obtener una descripción más completa de estos aspectos.

El BasicAdvantage Total Plan no cubre lo siguiente:

- Tratamiento ambulatorio de enfermedades mentales o nerviosas.
- Tratamiento ambulatorio de alcoholismo o abuso de sustancias.
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea que la persona esté en su sano juicio o no.
- Actos de guerra (declarada o no).
- Consumación de un delito grave de parte de la persona cubierta.
- Lesiones o enfermedades laborales.
- Controles de salud de rutina.
- Exámenes de la vista para obtener anteojos, de cualquier clase, o recetas a tal efecto.
- Exámenes de la audición o audífonos.
- Medicamentos de marca y aquellos que no requieren receta.
- Atención o tratamiento dentales, excepto los casos cubiertos relacionados con el cuidado de encías y dientes sanos y naturales que sea necesario a causa de una lesión accidental que ocurra mientras la persona se encuentra cubierta, y que se lleve a cabo dentro de los 6 meses posteriores al accidente.
- Lectura o interpretación de los resultados de cualquier prueba radiológica o patológica de diagnóstico.
- Cirugía plástica, excepto los casos cubiertos brindados en virtud de una cirugía plástica necesaria para la reconstrucción de un seno luego de una mastectomía o de un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra cubierta. La cirugía necesaria a causa de un accidente debe realizarse dentro de los 90 días del accidente.
- Tratamiento brindado mientras se está fuera de los EE. UU.
- Servicios prestados por un familiar directo o provistos por su empleador.

El Essential Plan no cubre lo siguiente:

- Lesiones o daños corporales autoinfligidos.
- Enfermedades o afecciones de ningún tipo.
- Actos de guerra (declarada o no).
- Consumación de un delito grave de parte de la persona cubierta.
- Gastos que superan los cargos usuales, acostumbrados y razonables.
- Servicios de salud preventiva que no cumplen con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
- Atención, tratamiento o suministros dentales, excepto aquellos específicamente incluidos como servicios de salud preventiva cubiertos para niños.
- Pruebas de laboratorio, radiológicas o cardiovasculares realizadas para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, afección o lesión.
- Servicios de salud preventiva prestados por un familiar directo o brindados por su empleador.

El Dental Plan no cubre lo siguiente:

- Procedimientos que comenzaron o aparatos que se colocaron antes del inicio de la cobertura.
- Tratamiento optativo o cosmético.
- Corrección de malformaciones congénitas.
- Reemplazo de aparatos perdidos o robados.
- Colocación inicial de prótesis o puente fijo.
- Reemplazo de puentes utilizables.
- Reemplazo de prótesis dentales utilizables con menos de 5 años.
- Reemplazo de coronas, incrustaciones e incrustaciones extracoronarias con menos de 7 años.
- Procedimientos que implican la dimensión vertical, la corrección del desgaste o la abrasión, la oclusión, el entablillado o el análisis de mordida.
- Servicios relacionados de algún modo con el dolor miofacial o de la articulación temporomandibular.
- Cirugía ortognática.
- Medicamentos recetados, analgésicos o anestésicos.
- Instrucción para dietas, control de placa dental e higiene bucal.
- Actos de guerra (declarada o no).
- Costos de implantes o su extracción, y otros servicios o accesorios personalizados.
- Restauraciones de moldes y coronas para una dentadura saludable que se puede reparar por otros medios.
- Tratamiento de malignidades, quistes y neoplasmas.
- Tratamiento ortodóntico.
- Gastos de formularios o citas omitidas.
- Tratamiento innecesario, experimental o que no ofrece un pronóstico favorable.
- Servicios prestados por un familiar directo.
- Gastos que superan los niveles de tarifas usuales y acostumbrados según el percentil 90 de las tablas de investigación de datos médicos de FAIR Health, Inc.
- Gastos cubiertos por un plan de gasto médico grupal.
- Gastos pagaderos según la indemnización a trabajadores u otra cobertura requerida por la ley.
- Gastos que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- Cualquier procedimiento iniciado una vez finalizada la cobertura o cualquier aparato de prótesis dental finalmente colocado después de los 30 días de finalizada la cobertura.

Varios procedimientos cubiertos tienen períodos de espera de inscripción continua y limitaciones en la frecuencia con la que el plan los pagará en un determinado plazo. El plan pagará solo los procedimientos especificados en la “Lista de procedimientos y beneficios cubiertos” en la *Descripción resumida del plan*.

Los planes BasicAdvantage Total, Essential y Dental están asegurados por Reliance Standard Life Insurance Company, Filadelfia, Pensilvania, en virtud de las siguientes series de formularios de póliza colectiva: LRS-9497-0613 y otros; y LRS-9499-0913 y otros; o LRS-9167-1103 y otros, 9171-1103 y otros, respectivamente.

Consulte el material adjunto para obtener información sobre las primas.

Se tomaron todas las medidas posibles para garantizar la exactitud de este folleto de inscripción. La información descrita se aplica a los residentes de la mayoría de los estados. No obstante, las leyes estatales varían. Las leyes de su estado pueden afectar este programa de beneficios, pero generalmente estas diferencias no los reducen. Este folleto no constituye un documento legal. Los términos y las condiciones contractuales de cobertura se establecen en las pólizas colectivas. En caso de discrepancia, las pólizas constituirán el factor determinante. Los productos de seguro son proporcionados a través de Reliance Standard Life Insurance Company, certificada en todos los estados (excepto en Nueva York), el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Reliance Standard Life Insurance Company se reserva el derecho de modificar las primas que cobra por sus planes.

El VSP Access Plan se descuenta del Vision Service Plan. Broadreach Medical Resources, Inc., ofrece los servicios de telemedicina y teleterapia, y On Call International ofrece el servicio de asistencia al viajero a través de On Call. Los proveedores de estos servicios no son empresas afiliadas a Reliance Standard Life Insurance Company, la cual no se hace responsable del contenido de los servicios ni se le puede atribuir responsabilidad alguna por los servicios prestados (o no) por estos proveedores.

