



## Plan ERISA de Matrix

Folleto para Empleados



Protección importante para **usted** y **sus** dependientes...  
que llega a usted mediante su empleador... a través de una sencilla deducción en su  
remuneración.

Su aceptación está **garantizada**: no puede ser rechazado,  
siempre y cuando se inscriba durante su período de inscripción abierta.

# Plan Médico

No son planes médicos principales integrales, ni fueron creados con la intención de reemplazar un plan médico principal. Los planes están orientados a brindar a usted y a sus dependientes cubiertos una cobertura de seguro básica.

- Visite a cualquier médico u hospital.
- Los dependientes inscritos reciben la misma cobertura que usted.
- No hay condiciones preexistentes, exclusiones ni limitaciones.
- Los inscritos en el Plan Médico también reciben estos beneficios adicionales que no constituyen un seguro:
  - Tarjeta de medicamentos recetados que ofrece descuentos en las farmacias adheridas.
  - Afiliación al Plan de Acceso VSP que ofrece descuentos en exámenes de la vista y anteojos recetados en médicos adheridos a la red.
  - Línea directa de enfermeras, las 24 horas.
  - Asistencia en línea sobre bienestar.
  - Plan de complementos vitamínicos y nutricionales.
  - Asistencia al viajero de *On Call*.

BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	PLAN A	PLAN B
<b>Beneficios Diarios de Habitación y Comida:</b>		
Beneficio Diario para el Tratamiento de Afecciones Mentales y Nerviosas	\$100 Por Día	\$100 Por Día
Cantidad Máxima de Días por Año de Cobertura para el Tratamiento de Afecciones Mentales y Nerviosas	25	25
Beneficio Diario para el Tratamiento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias	\$100 Por Día	\$100 Por Día
Cantidad Máxima de Días por Año de Cobertura para el Tratamiento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias	25	25
Beneficio Diario para el Tratamiento de Todas las Demás Afecciones Cubiertas	\$400 Por Día	\$700 Por Día
Cantidad Máxima de Días por Año de Cobertura para el Tratamiento de Todas las Demás Afecciones Cubiertas	90	90
<b>Beneficio de Admisión Hospitalaria para Afecciones Específicas:</b>		
Cáncer (Neoplasia Maligna)	\$4,000	\$5,000
Cantidad Máxima de Admisiones por Año de Cobertura	1	1
Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) o Enfermedad Cardíaca <sup>1</sup>	\$3,000	\$4,000
Cantidad Máxima de Admisiones para Todas las Afecciones Mencionadas por Año de Cobertura	\$1,500	\$2,000
Lesión Accidental	\$2,000	\$3,000
Cantidad Máxima de Admisiones por Año de Cobertura	1	1
Derrame Cerebral (Accidente Cerebrovascular; ACV)	\$1,500	\$2,000
Cantidad Máxima de Admisiones por Año de Cobertura	1	1
Parto	\$1,500	\$2,000
Cantidad Máxima de Admisiones por Año de Cobertura	1	1
<b>Beneficio Máximo en Cirugía por Procedimiento<sup>2</sup></b>	\$1,000	\$1,500
<b>Beneficio Máximo en Anestesia<sup>3</sup></b>	\$200	\$300
<sup>1</sup> Los Beneficios de Admisión al Hospital se pagan por un Ataque Cardíaco o una Enfermedad Cardíaca durante el año de cobertura, pero no en ambos casos.		
<sup>2</sup> Los beneficios en cirugía para pacientes cubiertos y hospitalizados deben programarse y varían entre \$18 y \$1,000 en el Plan A y entre \$18 y \$1,500 en el Plan B según el procedimiento quirúrgico específico que se lleve a cabo.		
<sup>3</sup> Los beneficios en anestesia para pacientes cubiertos y hospitalizados varían y son equivalentes al 20% del beneficio aplicable por cirugía a pacientes internados.		
BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
<b>Beneficios por Consultas al Médico:</b>		
Consulta de Paciente Nuevo	\$75 Por Consulta	\$100 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Consulta de Paciente Asiduo	\$70 Por Consulta	\$70 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	3	7
Consulta por Inquietudes	\$100 Por Consulta	\$150 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Consulta en la Sala de Emergencias	\$75 Por Consulta	\$100 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
<b>Beneficios en Radiología:</b>		
Resonancia Magnética (MRI)	\$150 Por Consulta	\$300 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Tomografía Computada	\$75 Por Consulta	\$125 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Todos los Demás Servicios de Radiología	\$40 Por Consulta	\$60 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	5	5
<b>Beneficios en Patología:</b>		
Todos los Servicios de Patología	\$40 Por Consulta	\$50 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	5	5
<b>Beneficios de Consultas por Atención de Bienestar:</b>		
Examen Físico Anual	\$75 Por Consulta	\$125 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Mamografía	\$50 Por Consulta	\$50 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
Examen por Cáncer Cervical o de Próstata	\$35 Por Consulta	\$35 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	1	1
<b>Beneficios de Consultas en Salas de Emergencia:</b>		
Tratamiento de una Lesión Accidental	\$500 Por Consulta	\$500 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	2	2
Tratamiento de una Enfermedad	\$50 Por Consulta	\$50 Por Consulta
Cantidad Máxima de Consultas por Año de Cobertura	3	3
<b>Beneficio Máximo en Cirugía por Procedimiento<sup>4</sup></b>	\$1,000	\$1,500
<b>Beneficio Máximo en Anestesia<sup>5</sup></b>	\$200	\$300
<b>Beneficios en Medicamentos Recetados:</b>		
Monto Máximo por Receta de Medicamento Genérico	\$25	\$25
Cantidad Máxima de Recetas de Medicamentos Genéricos por Año de Cobertura	18	32
Monto Máximo por Receta de Medicamento de Marca	Sin Cobertura	\$50
Cantidad Máxima de Recetas de Medicamentos de Marca por Año de Cobertura	Sin Cobertura	7
<sup>4</sup> Los beneficios en cirugía para pacientes cubiertos y ambulatorios deben programarse y varían entre \$32 y \$1,000 en el Plan A y entre \$32 y \$1,500 en el Plan B según el procedimiento quirúrgico específico que se lleve a cabo.		
<sup>5</sup> Los beneficios en anestesia para pacientes cubiertos y ambulatorios varían y son equivalentes al 20% del beneficio aplicable por cirugía a pacientes ambulatorios.		

## Plan Dental

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

Tipos de cargos cubiertos por el plan	Porcentaje de cargos que paga el plan	Período de espera de antigüedad antes de que el plan pague
Chequeos y limpieza de rutina	80%	Ninguno
Radiografía interproximal	80%	Ninguno
Selladores (para niños)	80%	Ninguno
Tratamientos con fluoruro (para niños)	80%	Ninguno
Espaciadores (para niños)	80%	Ninguno
Empastes	60%	3 Meses
Reparación de coronas y puentes	60%	3 Meses
Reparación de prótesis dentales	60%	3 Meses
Cirugía bucal	60%	3 Meses
Endodoncia (tratamiento de conducto y en la pulpa)	60%	3 Meses
Periodoncia (tratamiento de las encías)	50%	12 Meses
Puentes y coronas	50%	12 Meses
Prótesis dentales	50%	12 Meses

## Seguro de Vida a Término con Beneficio por Muerte Accidental

- El plan ofrece \$20,000 de cobertura por su seguro de vida a término, con un adicional que equipare los \$20,000 en caso de muerte accidental.
- Sus beneficios se reducen en un 50% cuando llegue a los 70 años de edad.
- Sus beneficios se pagarán en partes iguales a los afiliados que sean beneficiarios y primeros superstités, como se detalla a continuación: cónyuge; hijos; padres; hermanos y hermanas; o, si no los tuviera, su acervo hereditario.
- Si se inscribe en este beneficio, puede agregar cobertura de seguro de vida a término para su cónyuge y cada hijo (mayor de 6 meses) por \$2,500. El monto de cobertura para niños de 6 meses de edad o menores es de \$500.
- La cobertura del cónyuge finaliza a los 70 años de edad.
- Usted es el beneficiario del seguro de vida a término de su cónyuge e hijos.
- Los beneficios del seguro de vida a término no son pagaderos por muerte durante los primeros 2 años de cobertura si se debe a un suicidio o intento de suicidio.

## Discapacidad a Corto Plazo\*

- El plan brinda beneficios semanales por 26 semanas de discapacidad, como máximo. El monto pagado es 50% del pago básico, hasta \$125 por semana.
- La discapacidad debe ser a causa de una enfermedad o una lesión por un accidente que suceda mientras se encuentre con cobertura. Debe tratarse de una discapacidad total mientras se encuentre con cobertura y, debido a una lesión, dentro de los 90 días de la fecha del accidente.
- Si es hospitalizado, los beneficios son pagaderos inmediatamente; o, de lo contrario, los beneficios comienzan después de un período de eliminación de 14 días.
- Los beneficios se reducen en un 50% cuando llegue a los 70 años de edad.

\* La cobertura de discapacidad a corto plazo es solamente para el afiliado. No hay cobertura disponible para los dependientes.

## Preguntas y Respuestas

**¿Quién puede estar cubierto?** Además de usted, se ofrece cobertura para sus dependientes en los planes médico, dental y de seguro de vida a término. Los dependientes elegibles son su cónyuge legítimo y sus hijos hasta los 25 años de edad, o bien, de cualquier edad si son discapacitados y no pueden valerse por sí mismos.

**¿Cuándo comienza y cuándo finaliza la cobertura?** Su cobertura comienza el primer día del período de pago que sea posterior al período de pago durante el cual se efectúa la deducción de una prima. La cobertura para todos sus beneficios según el programa finalizará si (1) no se pagan las primas requeridas; (2) ya no es más un empleado elegible; (3) las pólizas de seguro finalizan; o (4) ingresa al Servicio Militar como activo de tiempo completo.

**¿Cuándo comienza y cuándo finaliza la cobertura de los dependientes?** La cobertura de sus dependientes comienza cuando comienza la suya, a menos que los inscriba más adelante. En ese caso, la cobertura de sus dependientes entrará en vigencia después de que se apruebe la inscripción por escrito y se paguen las primas. Y finaliza junto con la suya o cuando el dependiente ya no sea elegible.

**¿Qué sucede si no realizo el pago de alguna prima?** En cualquier período de pago, si no ha ganado lo suficiente para que la prima se deduzca de su pago, puede garantizar la continuación de su cobertura mediante el envío directo del total de la prima a la Administración de Productos de Especialidad (*Specialty Products Administration*) de RSL. Si no realizó el pago de la prima durante más de un período de pago en forma consecutiva, deberá compensar todas las deducciones consecutivas de la prima que no se pagaron. Si no lo hace, no se abonarán las reclamaciones por las pérdidas sufridas o por los gastos en los que se haya incurrido durante el período de falta de pago. Las primas adeudadas deben enviarse por correo dentro de los 45 días posteriores a la fecha de la deducción omitida. Si el pago de la prima se omite durante un período mayor a los 45 días, no será posible su compensación. El Resumen de Descripción del Plan que obtiene después de la inscripción incluye un formulario de pago de prima faltante, que puede copiar y utilizar según sea necesario.

**¿Tengo que ir a ciertos médicos, dentistas u hospitales?** No. Tiene la libertad de ir a cualquier médico o dentista autorizado o cualquier hospital certificado. Sin embargo, con los Planes Médicos, puede ahorrar dinero si usa un proveedor de la red. Los geriátricos, hogares para personas mayores, casas de reposo o centros para el tratamiento del alcoholismo, adicción a las drogas o trastornos mentales no son hospitales.

**¿Cómo funciona el Beneficio por Admisión al Hospital?** Se paga un beneficio materializado en un monto total cuando se lo admite al hospital como paciente internado para el tratamiento de alguna de las afecciones mencionadas. El monto del beneficio varía según la afección y se paga según el código del primer diagnóstico enumerado en el formulario de reclamación para la admisión al hospital.

**¿Cuándo recibiré las tarjetas de identificación y la información completa de la cobertura?** Recibirá un Resumen de la Descripción del Plan después de su inscripción. Se incluirán las tarjetas de identificación.

**¿Los planes médicos cubren la maternidad?** Sí. La maternidad es un gasto cubierto.

**¿Los planes médicos cubren las consultas al médico quiropráctico?** Sí, las consultas al médico quiropráctico están cubiertas; sin embargo, los ajustes, las manipulaciones o las modalidades quiroprácticas no están cubiertas.

# Exclusiones y Limitaciones

A continuación presentamos sólo un resumen. Consulte su Resumen de Descripción del Plan (SPD) para obtener una descripción más completa de estos aspectos.

## Lo que los planes médicos no cubren...

- tratamiento para pacientes ambulatorios por afecciones mentales o nerviosas;
- tratamiento para pacientes ambulatorios por alcoholismo o abuso de sustancias;
- lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de éstos, ya sea con un estado mental sano o insano;
- actos de guerra (declarada o no);
- la comisión de un delito grave por parte de la persona cubierta;
- lesiones o enfermedad laboral;
- exámenes visuales de anteojos de cualquier tipo o recetas a tal efecto;
- exámenes de la audición o audífonos;
- medicamentos que no requieren receta y, sólo en el Plan Médico A, medicamentos de marca;
- atención o tratamiento odontológico, excepto el cuidado de dientes y encías naturales en buen estado por una lesión accidental ocurrida durante la cobertura y cuando la atención se realizó dentro de los 6 meses del accidente;
- lectura o interpretación de los resultados de cualquier estudio de radiología o patología de diagnóstico;
- cirugía plástica, excepto los servicios cubiertos prestados en virtud de una cirugía plástica necesaria para la reconstrucción de una mama después de una mastectomía o un accidente que suceda durante la cobertura. La cirugía necesaria por un accidente se debe realizar dentro de los 90 días del accidente; y
- los servicios prestados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o los servicios prestados por su empleador.

## Lo que el Plan Dental no cubre...

- procedimientos comenzados o aparatos instalados antes de que comience la cobertura;
- tratamiento optativo o estético;
- corrección de malformaciones congénitas;
- reemplazo de aparatos perdidos o robados;
- colocación inicial de prótesis o puente fijo;
- reemplazo de puentes aún utilizables;
- reemplazo de prótesis dentales aún utilizables de menos de 5 años;
- reemplazo de coronas, incrustaciones y revestimientos de menos de 7 años;
- procedimientos que incluyan dimensión vertical, corrección de desgaste o abrasión, oclusión, ferulización o análisis de la mordida;
- servicios que de alguna forma se relacionen con el dolor miofascial o la articulación temporomandibular;
- cirugía ortognática;
- medicamentos, analgésicos o anestésicos recetados;
- instrucción de dieta, control de placas e higiene bucal;
- actos de guerra (declarada o no);

- cargos por colocación de implantes o su extracción y otros servicios o accesorios personalizados;
- restauraciones de moldes y coronas para una dentadura sana que puedan restaurarse por otros medios;
- tratamiento de malignidades, quistes y neoplasmas;
- tratamiento de ortodoncia;
- cargos por formularios o citas a las que no se presentó;
- tratamiento que no es necesario, tratamientos experimentales o que no ofrezcan un pronóstico favorable;
- servicios prestados por un miembro de la familia inmediata;
- cargos que excedan los niveles de honorarios habituales según el percentil 90 de las tablas de FAIR Health, Inc. MDR;
- gastos cubiertos por un plan colectivo de gastos médicos;
- gastos pagaderos por Indemnización Laboral u otra cobertura requerida por ley;
- gastos que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar; ni
- cualquier procedimiento comenzado después de que finalice la cobertura o cualquier aparato de prótesis dental instalado definitivamente más de 30 días después de que finalice la cobertura.

Muchos procedimientos cubiertos tienen periodos de espera desde la inscripción y limitaciones sobre la frecuencia en que el plan los paga dentro de un cierto plazo. El plan pagará sólo los procedimientos especificados en el Listado de Procedimientos Cubiertos y Beneficios en el SPD.

## Lo que no cubren los beneficios por discapacidad a corto plazo y por muerte accidental...

- suicidio ni intento de suicidio, ni cualquier lesión autoinfligida de manera intencional, ya sea en su sano juicio o no;
- actos de guerra (declarada o no);
- su comisión o intento de comisión de un delito grave;
- si está operando, manejando o descendiendo de algún avión, de alguna otra manera que no sea pasajero con boleto en un avión autorizado, comercial, no militar;
- si voluntariamente ingiere veneno, gas, medicamentos u otras sustancias químicas no recetadas por un médico;
- escape de energía nuclear;
- participación en un disturbio o una ocupación ilegal;
- beneficios por discapacidad a corto plazo que no se paguen por una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo; ni
- beneficios por muerte accidental que no se paguen por muerte que resulte de una enfermedad de cualquier tipo.

El beneficio por discapacidad a corto plazo no está disponible para quienes trabajen en California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Puerto Rico debido a la cobertura legal. En estos estados (y Puerto Rico), el empleador debe ofrecer beneficios por discapacidad.

Los Planes Médicos, el Plan Dental y los Planes de Seguro de Vida a Término (con Muerte Accidental) y por Discapacidad a Corto Plazo son asegurados por Reliance Standard Life Insurance Company, Filadelfia, Pensilvania, según estas series de formularios de la póliza colectiva: LRS-9169-1103 y otros; LRS-9222-0205 y otros; LRS-9171-1103 y otros; y LRS-9173-1103 y otros, respectivamente.

Consulte los materiales que se adjuntan para obtener más información sobre las deducciones de la nómina.

Se realizó todo lo posible para garantizar la precisión de este folleto de inscripción. La información descrita se aplica a los residentes de la mayoría de los estados; sin embargo, las leyes estatales varían. Las leyes de su estado pueden modificar este programa de beneficios, pero estas diferencias generalmente no reducen sus beneficios. Este folleto no es un documento legal. Los términos y las condiciones contractuales de cobertura están establecidos en las pólizas colectivas. En caso de discrepancia, las pólizas serán el factor determinante. Los productos de seguro se ofrecen mediante Reliance Standard Life Insurance Company, certificada en todos los estados (excepto Nueva York), el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. Reliance Standard Life Insurance se reserva el derecho de cambiar las primas que cobra por este plan.

El Plan de Acceso VSP se descuenta del Plan de Atención de la Visión. Coverdell and Company, Inc ofrece la línea directa de enfermeras las 24 horas, los servicios en línea sobre bienestar y el plan de complementos nutricionales. On Call International ofrece el servicio de asistencia al viajero de On Call. Los proveedores de estos servicios no son empresas afiliadas de Reliance Standard Life Insurance Company, que 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.