



**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, usted puede acceder a [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llamar al (787) 774-6060. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-981-3241.**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Vea la tabla de eventos comunes a continuación para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	No Aplica	Este plan no tiene <u>deducible</u> general.
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$100 Individual / \$300 Familia. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar los costos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> , antes que el plan comience a pagar.
¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos recetados prestados por proveedores dentro de la red - \$6,350 Individual / \$12,700 Familia. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$2,000 Individual / \$6,000 Familia.	El <u>límite de desembolso</u> es lo más que usted pagaría en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia bajo este plan, el desembolso máximo por familia se debe completar.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, pagos por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red y deducibles iniciales, copagos y coaseguros por la compra de medicamentos.	A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para el <u>límite de desembolso</u> .
¿Pagaré menos si utilizo un proveedor participante?	Sí. Acceda <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> o llame al 1-800-981-3241 para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la red. Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura por parte del proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que el plan paga. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores <u>fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo laboratorios). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver el <u>especialista</u> que usted escoja sin necesidad de un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante.
		Proveedor Participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si se atiende en la clínica o consultorio del médico</b>	Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad	\$5 copago / visita	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Visita a especialista/subespecialista	\$15 copago / especialista \$15 copago / subespecialista	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$5 copago / podiatra, optómetra y audiólogo \$15 copago / quiropráctico	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Cuidado preventivo/cernimiento/vacunas	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones Nada por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere pre-certificación del plan. Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique que pagará su plan por estos servicios.
<b>Si tiene que hacerse un examen</b>	Pruebas de Diagnóstico (rayos-x, laboratorios)	25% coaseguro	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scans, MRIs)	25% coaseguro	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Pet Scan y Pet CT cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores sujeto a una pre-autorización.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante.
		Proveedor Participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición.</b>  Para más información sobre la <b>cubierta de medicamentos</b> visite <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a>	Genérico preferido	\$5 copago / \$10 copago por correo	Cubre farmacias sólo en Estados Unidos. Triple-S reembolsará al asegurado el 75% de la tarifa establecida para una farmacia de la red luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable.	Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estas cubiertas están sujetas a una Lista de Medicamentos</li> <li>• Genéricos como primera opción.</li> <li>• Hasta 30 y 90 días de suministro para medicamentos de mantenimiento.</li> <li>• Algunos medicamentos requieren precertificación del plan.</li> <li>• Medicamentos especializados no están disponibles para envío por correo.</li> </ul>
	Genérico no preferido	\$5 copago / \$10 copago por correo		
	Marca preferido	\$8 copago / \$16 copago por correo		
	Marca no preferido	\$10 copago / \$20 copago por correo		
	Productos especializados preferidos	20% ó \$10.00, lo que sea mayor/		
	Productos especializados no preferidos	20% ó \$10.00, lo que sea mayor		
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cuota de facilidad (ej., centro de cirugía ambulatoria)	Nada	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de emergencia/urgencia	\$20 copago / visita	\$20 copago / visita	Nada si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-x.
	Transportación médica de emergencia	Hasta \$80 / viaje	Hasta \$80 / viaje	Cubierto a través de reembolso.
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Cuota de facilidad (ej., cuarto de hospital)	\$50 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante.
		Proveedor Participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Cuota de médico/cirujano	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.	Litotricia requiere pre-certificación.
<b>Si necesita servicios de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental	\$5 copago / terapia de grupo \$15 copago / visita (incluye colaterales)	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de salud mental	\$50 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	\$5 copago / terapia de grupo \$15 copago / visita (incluye colaterales)	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	\$50 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Cuidado prenatal y postnatal	\$15 copago / visita de cuidado de rutina	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Dependiendo el tipo de servicio ofrecido puede aplicar un coaseguro, copago o deducible. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC.
	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	\$50 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante.
		Proveedor Participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de salud en el hogar	25% coaseguro	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Hasta 40 visitas por año para Terapias Físicas Ocupacionales y del Habla. Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios de rehabilitación/habilitación	\$5 copago /terapia físicas y manipulaciones	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Hasta 50 terapias físicas por año póliza. Hasta 30 manipulaciones por año póliza.
	Cuidado de enfermería diestra	Nada	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios.	Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere pre-certificación del plan.
	Equipo médico duradero	25% coaseguro	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro.	Requiere pre-certificación del plan.
	Hospicio	Nada	No cubierto	Cubierto bajo el programa Manejo Individual de Casos sujeto a los requisitos establecidos.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de visión	25% coaseguro	20% coaseguro, cubierto por reembolso, luego del deducible inicial.	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.
	Espejuelos	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	No cubierto

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Cuidado dental</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado Prolongado</li><li>• Enfermeras Privadas</li><li>• Espejuelos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de pérdida de peso</li><li>• Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li></ul>
Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos auditivos</li><li>• Cirugía Bariátrica sujeto a precertificación del plan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado rutinario del pie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado visual</li><li>• Visitas al quiropráctico</li></ul>

**Su derecho para continuar con la cubierta:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su plan para denegar una reclamación. Esta queja se llama una querrela o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

### ¿Esta póliza provee los servicios mínimos esenciales de salud? Si

Si usted no tuviera Cobertura Esencial Mínima por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

### ¿Esta póliza provee el valor mínimo establecido? Si

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito de impuestos de prima para ayudarle a pagar un plan a través de una cobertura de seguro individual.

### Acceso a servicios de lenguaje:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **787-774-6060** or toll free **1-800-981-3241**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **787-774-6060** or toll free **1-800-981-3241**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **787-774-6060** or toll free **1-800-981-3241**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **787-774-6060** or toll free **1-800-981-3241**.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica, ver próxima página.—————



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales dependerán de la atención que reciba, de los precios que cobran sus proveedores y de muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coaseguro) y servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura Individual.

### Peg va tener un Bebé

(9 meses de cuidado pre-natal usando la red participante y el parto en el hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$15
■ Hospital (facilidad) <u>copago</u>	\$150
■ Otros <u>coaseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (cuidado prenatal)  
 Servicios de parto profesionales  
 Facilidades para servicios de parto profesionales  
 Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)  
 Visitas al especialista (anestesia)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,035</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$465
Coaseguro	\$418
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagará es</b>	<b>\$943</b>

### Manejando la diabetes tipo 2 de Joe

(un año usando la red participante para cuidado de rutina de una condición bien controlada )

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$15
■ Hospital (facilidad) <u>copago</u>	\$150
■ Otros <u>coaseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al médico primario (incluye orientaciones por la enfermedad)  
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (glucómetro)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$6,155</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$420
Coaseguro	\$770
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagará es</b>	<b>\$1,245</b>

### La fractura simple de Mia

(Visita a sala de emergencia y visitas de seguimiento)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$15
■ Hospital (facilidad) <u>copago</u>	\$150
■ Otros <u>coaseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye suplidos médicos)  
 Pruebas diagnósticas (Rayos X)  
 Equipo médico duradero (Muletas)  
 Servicios de rehabilitación (terapia física)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,558</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$463
Coaseguro	\$21
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagará es</b>	<b>\$484</b>

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, póngase en contacto con nosotros.\* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? "Fila arriba.

