



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 sólo 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 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 deducible 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 deducible ? | No Aplica | No tendrá que pagar deducibles para servicios específicos, pero un copago o coaseguro puede aplicar. |
| ¿Hay algún otro deducible 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 deducible , antes que el plan comience a pagar. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos 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 límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directos del bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos generales de la familia. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , facturación de saldo , pagos por servicios no cubiertos por el plan , pagos por beneficios no esenciales, copagos / coaseguros por servicios prestados por proveedores fuera de la red y penalidades por no obtener una preautorización para servicios. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo. |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ? | Sí. Vea www.ssspr.com o llame al 1-800-981-3241 para una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para |

| | | |
|--|-----|--|
| | | algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido . |



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) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria 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----- |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | 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 precertificación 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. |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 25% coaseguro | 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) | |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 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. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ssspr.com . | Medicamentos genéricos preferidos | \$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"> • Esta cubierta está sujeta a una Lista de Medicamentos. • Genéricos como primera opción. • Hasta 30 (deta) y 90 (por correo) días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan. • Productos especializados no están disponibles para envío por correo. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos | \$5 copago / \$10 copago por correo | | |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$8 copago / \$16 copago por correo | | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$10 copago / \$20 copago por correo | | |
| | Medicamentos especializados preferidos | 20% ó \$10.00, lo que sea mayor | | |
| | Medicamentos especializados no preferidos | 20% ó \$10.00, lo que sea mayor | | |
| | Medicamentos para quimioterapia | Nada | | |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$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. |

| 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) | |
| | Transporte médico de emergencia | Hasta \$80 / viaje | Hasta \$80 / viaje | Cubierto a través de reembolso. |
| | Atención de urgencia | Ver atención en la sala de emergencias | Ver atención en la sala de emergencias | Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-x. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$50 copago / admisión | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas. | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | Litotricia requiere precertificación . |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | \$5 copago / terapia de grupo \$15 copago / visita (incluye colaterales) | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| | Servicios internos | \$50 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$15 copago / visita | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | Costos compartidos no aplican para los servicios preventivos. Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos a través del resumen de beneficios y cobertura (ej. ultrasonidos) |
| | Servicios de parto profesionales | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$50 copago / admisión | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial . | -----ninguna----- |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras | Cuidado de salud en el hogar | 25% coaseguro | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro . | Hasta 40 visitas por año para terapias físicas, ocupacionales y del habla. Requiere precertificación del plan. |

| 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) | |
| necesidades de salud especiales | Servicios de rehabilitación | \$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. |
| | Servicios de habilitación | Ver servicios de rehabilitación | Ver servicios de rehabilitación | Ver servicios de rehabilitación |
| | Cuidado de enfermería especializada | 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 precertificación del plan. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación . | No se cubre | -----ninguna----- |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de visión | Nada | Balance superior a la asignación de red | Los niños tienen cobertura para exámenes y lentes una vez al año hasta la edad de 18 años. Los niños tienen cobertura para monturas una vez cada 24 meses hasta la edad de 18 años. Davis Vision administra los beneficios por separado. Los niños tienen cobertura completa para dos exámenes por año hasta la edad de 18 años. Delta Dental administra los beneficios por separado. |
| | Espejuelos | Nada | Balance superior a la asignación de la red de \$100 | |
| | Revisión dental | Nada, hasta dos (2) por año calendario | Balance superior a la asignación de la red | |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de la póliza de su [plan](#) para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---|
| • Cirugía cosmética | • Enfermeras privadas | • Programas de pérdida de peso |
| • Cuidado dental | • Espejuelos | • Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos |
| • Cuidado prolongado | | • Tratamiento de infertilidad |

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del [plan](#) para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| • Acupuntura (a través de Triple-S Natural) | • Cuidado rutinario del pie | • Cuidado visual |
| • Aparatos auditivos | | • Visitas al quiropráctico |
| • Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan | | |

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. 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 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 o visite 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 deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago de Especialista | \$15 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$150 |
| ■ Otro copago | 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)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,035 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, el paciente paga:

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

Manejando la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago de Especialista | \$15 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$150 |
| ■ Otro coaseguro | 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)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$6,155 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, el paciente paga:

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

La fractura simple de Mia

(Visita a sala de emergencia y visitas de seguimiento)

| | |
|---|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago de Especialista | \$15 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$150 |
| ■ Otro coaseguro | 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)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$1,558 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, el paciente paga:

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

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [plan](#), puede reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades en Triple-S Salud. El número de teléfono gratuito es 866-788-6770 ó 787-793-8383, extensiones 3106 ó 3154.