



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 coseguro puede aplicar.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿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.	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 / coseguros 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	\$15 copago / visita	No cubierto	Servicio de Telemedicina (Teleconsulta MD) a través de consulta médica virtual, ilimitado. Aplica \$10.00 de copago por consulta.
	Visita a especialista /subespecialista	\$18 copago / especialista \$20 copago / subespecialista	No cubierto	-----ninguna-----
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$15 copago / podiatra, optómetra y audiólogo \$15 copago / quiropráctico	No cubierto	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 20% coaseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	No cubierto	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)	45% coaseguro	No cubierto	Aplican las Redes Selective de laboratorios.

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)	40% coaseguro	No cubierto	PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza sujeto a pre-certificación. MRI y CT, hasta uno (1) por año póliza.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$75 copago / visita	\$75 copago / visita	\$35 copago si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-x.
	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	Ver atención en la sala de emergencias
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$150 copago / admisión hospital preferido \$300 copago / admisión hospital no preferido	No cubierto	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.	No cubierto	Litotricia requiere pre-certificación.
Si necesita servicios de salud	Servicios ambulatorios	\$5 copago / terapia de grupo \$18 copago / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----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)	
mental, conductual o toxicomanías	Servicios internos	\$150 copago / admisión hospital preferido \$300 copago / admisión hospital no preferido \$150 copago / admisión parcial	No cubierto	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$18 copago / visita	No cubierto	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	No cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$150 copago / admisión hospital preferido \$300 copago / admisión hospital no preferido	No cubierto	-----ninguna-----
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de salud en el hogar	No cubierto.	No cubierto	No cubierto.
	Servicios de rehabilitación	\$15 copago /terapia físicas y manipulaciones	No cubierto	Hasta 10 terapias físicas y manipulaciones combinadas por año póliza.
	Servicios de habilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación.	No cubierto	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios	Examen de visión	40% coaseguro	No cubierto.	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.

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)	
odontológicos o de la vista	Espeuelos	Cubierto por reembolso	Cubierto por reembolso	Cubierto a través de la cubierta básica hasta \$100 por año para montura y lentes de contactos. Este beneficio no aplica para la acumulación del límite de desembolso en efectivo .
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	No cubierto

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](#).)

- Aparatos auditivos
- Cirugía cosmética
- Cuidado de enfermera diestra
- Cuidado de salud en el hogar
- Cuidado dental
- Cuidado prolongado
- Enfermeras privadas
- Equipo médico duradero
- Programas de pérdida de peso
- Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos
- Tratamiento de infertilidad

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

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

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.