



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 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 www.ssspr.com o llamar al **(787) 774-6060** para solicitar una copia.

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	Este plan no tiene deducible general.
¿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.
¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo?	Sí. 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 - \$1,000 Individual / \$3,000 Familia.	El límite de desembolso 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.	A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para el límite de desembolso.
¿Pagaré menos si utilizo un proveedor participante?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, acceda www.ssspr.com o llame al (787) 774-6060 .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura por parte del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que el plan paga. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo laboratorios). Verifique con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido.

Preguntas: Llame al **(787) 774-6060** o visítenos en www.ssspr.com. Si tiene dudas sobre cualquiera de los términos usados en este documento, consulte el Glosario en www.ssspr.com.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) 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 se atiende en la clínica o consultorio del médico	Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad	\$15 copago / visita	20% coseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Visita a especialista/subespecialista	\$20 copago / especialista \$20 copago / subespecialista	20% coseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$15 copago / podiatra, optómetra y audiólogo	20% coseguro, cubierto por reembolso.	Quiropráctico cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores
	Cuidado preventivo/ceñimiento/vacunas	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 20% coseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	20% coseguro, cubierto por reembolso.	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 médico si los servicios que necesita son preventivos. A continuación, verifique cuánto pagará su plan por los servicios.
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de Diagnóstico (rayos-x, laboratorios)	30% coseguro	20% coseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scans, MRIs)	30% coseguro	20% coseguro, cubierto por reembolso.	PET scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza sujeto a pre-certificación. MRI y CT, hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza.

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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición. Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.ssspr.com	Nivel 1: Genérico	\$10 copago /\$20 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"> • Genéricos como primera opción. • Hasta 30 y 90 días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. • Productos especializados no están disponibles para envío por correo. • Quimioterapia cubierto al 100%.
	Nivel 2: Marca y Nuevos	\$25 copago /\$50 copago por correo		
	Nivel 5: Producto especializado	20% máximo \$200		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cuota de facilidad (ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$75 copago / visita	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de emergencia/urgencia	\$75 copago / visita	\$75 copago / visita	Nada copago 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.
Si lo admiten al hospital	Cuota de facilidad (ej., cuarto de hospital)	\$100 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----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.	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	Litotricia requiere pre-certificación.
Si necesita servicios de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental	\$5 copago / terapia de grupo \$20 copago / visita (incluye colaterales)	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de salud mental	\$100 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	\$5 copago / terapia de grupo \$20 copago / visita (incluye colaterales)	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	\$100 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	-----ninguna-----
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Nada / visita anual preventiva \$20 copago / visita de cuidado de rutina	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	Gastos compartidos no aplica para servicios compartidos. Dependiendo el tipo de servicio ofrecido aplica un coaseguro, copago o deducible. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (ultrasonido).
	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	\$100 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	
Si necesita servicios de recuperación u	Cuidado de salud en el hogar	25% coaseguro	Cubierto por reembolso, sujeto a 25% coaseguro.	Hasta 40 visitas por año para Terapias Físicas Ocupacionales y del Habla. Requiere pre-certificación 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)	
otras necesidades especiales	Servicios de rehabilitación/habilitación	Nada /terapia	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	Terapias físicas cubierto sin límites.
	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.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de visión	30% coaseguro	20% coaseguro, cubierto por reembolso.	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"> • Cirugía cosmética • Cuidado prolongado • Cuidado dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras privadas • Espejuelos 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural) • Aparatos auditivos (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario del pie • Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado visual • Visitas al quiropráctico (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)

Su derecho para continuar con la cubierta:

Si pierde la cubierta de su plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales podrían proveerle la protección que le permita mantener su cubierta de salud. Cualquiera de estos derechos podrían ser limitados en duración y requerirle un pago de prima que podrá ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones podrían aplicar para continuar con su cubierta.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cubierta, comuníquese con el plan al (787) 774-6060. Usted puede contactar también a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, el Departamento del trabajo federal y Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado al 1 (866) 444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal al 1 (877) 267-2323 x 61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de alguna reclamación bajo el plan, usted podrá apelar o someter una queja. Para preguntas acerca de sus derechos, esta notificación y/o asistencia, puede comunicarse a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6060 o visitar nuestro portal www.ssspr.com. Para más información sobre el proceso de apelaciones, llame a Triple-S al (787) 774-6060 y en caso de apelaciones externas al 1-877-549-8152, libre de cargos o envíe un correo electrónico a disputedclaims@opm.gov.

¿Esta póliza provee los servicios mínimos esenciales de salud?

La ley *Affordable Care Act* requiere que la mayoría de las personas tengan una póliza de salud que cualifique como cubierta mínima de beneficios esenciales.

Este plan o póliza provee una cubierta mínima de beneficios esenciales.

¿Esta póliza provee el valor mínimo establecido?

La ley *Affordable Care Act* establece un valor mínimo estándar en los beneficios de la póliza de salud. El valor mínimo estándar es un 60% (valor actuarial).

Esta póliza cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee.

Acceso a servicios de lenguaje:

To obtain assistance in English, call (787) 774-6060.

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



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios serán distintos a los mencionados en los ejemplos. Refiérase a la siguiente página para información importante sobre estos ejemplos.

Nacimiento (parto normal)

- El **deducible general del plan** \$0
- **Especialista [Costo Compartido]** \$15
- **Hospital [Costo Compartido]** \$75
- **Otros [Costo Compartido]** 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	\$12,300
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Total	\$760

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El **deducible general del plan** \$0
- **Especialista [Costo Compartido]** \$15
- **Hospital [Costo Compartido]** \$75
- **Otros [Costo Compartido]** 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	\$6,200
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coaseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Total	\$1,260

Fractura Simple (Visitas sala emergencias y visitas de seguimiento)

- El **deducible general del plan** \$0
- **Especialista [Costo Compartido]** \$15
- **Hospital [Costo Compartido]** \$75
- **Otros [Costo Compartido]** 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	\$1,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, el paciente paga:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$20
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$420

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.