



**SBCEI 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](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 <b>deducible</b> 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 <b>deducible</b> ?            | No Aplica  | No tendrá que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero un <b>copago</b> o <b>coaseguro</b> puede aplicar.   |
| ¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?                   | Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - <b>\$100</b> Individual / <b>\$300</b> Familia. No hay otros <b>deducibles</b> específicos.   | Usted debe pagar los costos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad del <b>deducible</b> , antes que el <b>plan</b> comience a pagar.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <b>plan</b> ?      | Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por <b>proveedores dentro de la red</b> - <b>\$6,350</b> Individual / <b>\$12,700</b> Familia.<br><br>Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - <b>\$1,000</b> Individual / <b>\$3,000</b> Familia.                                     | El <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <b>plan</b> , tienen que cumplir con sus propios <b>límites de gastos directos del bolsillo</b> hasta que se haya alcanzado el <b>límite de gastos generales</b> de la familia.  |
| ¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?                                 | <b>Primas</b> , <b>facturación de saldo</b> , pagos por servicios no cubiertos por el <b>plan</b> , pagos por beneficios no esenciales, <b>copagos</b> / <b>coaseguros</b> por servicios prestados por <b>proveedores fuera de la red</b> 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 <b>proveedor dentro de la red</b> médica? | Sí. Vea <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> o llame al 1-800-981-3241 para una lista de <b>proveedores de la red</b> .  | Este <b>plan</b> utiliza <b>proveedores dentro de la red</b> . Usted pagará menos si acude a un <b>proveedor</b> dentro de la <b>red</b> del plan. Usted pagará más si acude a un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en mente que su <b>proveedor dentro de la red</b> podría utilizar un <b>proveedor fuera de la red</b> para |

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



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 acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b> | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad      | \$15 <a href="#">copago</a> / visita  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----  |
|   | Visita a <a href="#">especialista</a> /subespecialista               | \$20 <a href="#">copago</a> / <a href="#">especialista</a><br>\$20 <a href="#">copago</a> / subespecialista   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----  |
|   | Visita a la oficina de otro profesional de salud                     | \$15 <a href="#">copago</a> / podiatra, óptica y audiólogo  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | Quiropráctico cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna         | Nada para servicios preventivos por Ley Federal<br>Nada por otras inmunizaciones<br>20% <a href="#">coaseguro</a> por la vacuna para el virus sincitial respiratorio. | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere precertificación del plan.<br><br>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 se realiza un examen</b>  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre) | Nada  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----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) | Nada   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> .   | 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.   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> . | Medicamentos genéricos preferidos  | \$10 <a href="#">copago</a> / \$20 <a href="#">copago</a> 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 <a href="#">copago</a> y/o <a href="#">coaseguro</a> aplicable. | Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos como primera opción.</li> <li>• Hasta 30 (detal) y 90 (por correo) días de suplido para medicamentos de mantenimiento.</li> <li>• Algunos medicamentos requieren precertificación del <a href="#">plan</a> y el uso de terapia escalonada.</li> <li>• <a href="#">Productos especializados</a> y medicamentos para quimioterapia no están disponibles para envío por correo.</li> </ul> |
|  | Medicamentos genéricos no preferidos   | \$10 <a href="#">copago</a> / \$20 <a href="#">copago</a> por correo |   |   |
|  | Medicamentos de marca preferidos   | \$25 <a href="#">copago</a> / \$50 <a href="#">copago</a> por correo |   |   |
|  | Medicamentos de marca no preferidos  | \$25 <a href="#">copago</a> / \$50 <a href="#">copago</a> por correo |   |   |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a> preferidos                             | \$25 <a href="#">copago</a>  |   |   |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a> no preferidos                          | \$25 <a href="#">copago</a>  |   |   |
|  | Medicamentos para quimioterapia  | Nada   |   |   |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | \$50 <a href="#">copago</a> / visita                                 | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> .   | -----ninguna-----   |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | Nada   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> .   | -----ninguna-----   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                                 | \$50 <a href="#">copago</a> / visita                                 | \$50 <a href="#">copago</a> / 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)  |   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | Hasta \$80 / viaje  | Hasta \$80 / viaje  | Cubierto a través de reembolso.   |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                    | 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.   |
| <b>Si le hospitalizan</b>   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$100 <a href="#">copago</a> / admisión   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----   |
|   | Honorarios del médico/cirujano                          | Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | Litotricia requiere <a href="#">precertificación</a> .  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b> | Servicios ambulatorios                                  | \$5 <a href="#">copago</a> / terapia de grupo<br>\$20 <a href="#">copago</a> / visita (incluye colaterales) | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----   |
|   | Servicios internos                                      | \$100 <a href="#">copago</a> / admisión<br>\$50 <a href="#">copago</a> / admisión parcial                   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----   |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                                  | \$20 <a href="#">copago</a> / visita  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | 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% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . |   |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales      | \$100 <a href="#">copago</a> / admisión   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | -----ninguna-----   |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras</b>                    | <a href="#">Cuidado de salud en el hogar</a>            | 25% <a href="#">coaseguro</a>   | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% <a href="#">coaseguro</a> .           | 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)  |   |
| <b>necesidades de salud especiales</b>                           | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | Nada / terapia física   | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | Terapias físicas no tienen límite.  |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | Ver servicios de rehabilitación                                     | Ver servicios de rehabilitación   | Ver servicios de rehabilitación   |
|  | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | Nada  | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios.  | Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere pre-certificación del plan. |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 25% <a href="#">coaseguro</a>                                       | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro                             | Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.                         |
|  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación. | No se cubre   | -----ninguna-----   |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b> | Examen de visión   | Nada  | 20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a> . | Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.                   |
|  | Espejuelos   | No se cubre   | No se cubre   | No se cubre   |
|  | Revisión dental  | No se cubre   | No se cubre   | No se cubre   |

## 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](#).)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Cuidado prolongado</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><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>• Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural)</li><li>• Aparatos auditivos (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)</li><li>• Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental</li><li>• Cuidado rutinario del pie</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado visual</li><li>• Visitas al quiropráctico (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)</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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialista</a>        | \$15  |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>               | \$150 |
| ■ Otro <a href="#">copago</a>                                   | 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialista</a>        | \$15  |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>               | \$150 |
| ■ Otro <a href="#">coaseguro</a>                                | 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialista</a>        | \$15  |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>               | \$150 |
| ■ Otro <a href="#">coaseguro</a>                                | 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 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.