



Esto es sólo un resumen. Favor de leer la póliza del Plan FEHB (RI 73-016) el cual contiene los términos de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones detalladas en la póliza del Plan FEHB.** Los beneficios pueden variar si usted tiene otra cubierta, tales como Medicare. Usted puede conseguir la póliza del Plan FEHB en www.ssspr.com o llamando al (787) 774-6081.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Vea la tabla que comienza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero vea la tabla en la página 2 para otros costos por los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo?	Sí. \$6,600 Individual / \$13,200 Pareja / \$13,200 Familia	El <u>límite de desembolso</u> , o protección catastrófica, es el monto máximo que usted pagaría por los costos de los servicios cubiertos (usualmente un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos para el cuidado de su salud. La cantidad “por individuo cubierto” es la cantidad máxima que un asegurado tendrá que pagar aunque esté suscrito en un plan de Pareja o Familia.
¿Qué gastos no cuentan para el <u>límite de desembolsos en efectivo</u> ?	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 <u>límite de desembolso</u> .
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas a la oficina de un médico.
¿Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores participantes</u> , acceda www.ssspr.com o llame al (787) 774-6081.	Si usted utiliza un doctor dentro de la red u otro <u>proveedor</u> de cuidado de salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> dentro de la red u hospital podrá utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Nosotros utilizamos los términos <u>preferidos</u> o <u>participantes</u> para referirnos a los proveedores dentro de nuestra red. Refiérase a la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver el <u>especialista</u> que usted escoja sin necesidad de un referido.
¿Hay servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte con su póliza o documento del plan para obtener información adicional de los <u>servicios excluidos</u> .

Preguntas: Llame al (787) 774-6081 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 o llame al (787) 774-6081 para solicitar una copia.

- 
- **Copago** es la cantidad fija en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por el cuidado de salud cubierto, usualmente cuando se recibe el servicio
 - **Coaseguro** es *su* parte de los costos por un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan de salud para la estadía de una noche en el hospital es de \$1,000, su pago de 20% de **coaseguro** sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no ha acumulado su **deducible**.
 - El pago del plan por los servicios cubiertos es basado en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad permitida**, usted pagará la diferencia. Por ejemplo, si el hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía de una noche y la **cantidad permitida** por el plan es de \$1,000, puede ser que usted tenga que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama una **sobrefactura**.)
 - Este plan fomenta la utilización de los proveedores participantes cobrándole deducibles, copagos y coaseguros menores.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del médico	Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad	\$7.50 copago / visita	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Visita a especialista/subespecialista	\$10 copago / especialista \$10 copago / subespecialista	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$7.50 copago / podiatra, optómetra Nada / quiropráctico	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Hasta 15 manipulaciones de quiroprácticos por año póliza
	Cuidado preventivo/ceñimiento/vacunas	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de Diagnóstico (rayos-X, laboratorios)	\$1.00 copago / por prueba de laboratorio Nada / rayos-X	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Imágenes (CT/PET scans, MRIs)	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	PET scan y PET CT, sujeto a precertificación.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.ssspr.com	Genérico	Nada / Nada 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"> • Estas cubiertas están sujetas a una Lista de Medicamentos • Genéricos como primera opción. • Hasta 30 (detal) y 90 (por correo) días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. • Medicamentos especializados no están disponibles para envío por correo
	Marca preferido	\$20 copago / \$40 copago por correo		
	Marca no preferido	20% coaseguro o \$20 copago, lo que sea mayor hasta un máximo de \$125 / 20% coaseguro o \$60 copago, lo que sea mayor hasta \$375, por correo		
	Medicamentos especializados preferidos	25% coaseguro o \$200 copago de copago, lo que sea menor		
	Medicamentos especializados no preferidos	30% coaseguro o \$300 copago de copago, lo que sea menor		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota de instalación (ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$25 copago / visita	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de emergencia/urgencia	\$25 copago / visita	\$25 copago / visita	\$10 copago si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-X.

Preguntas: Llame al (787) 774-6081 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 o llame al (787) 774-6081 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Transportación médica de emergencia	Nada. Cubierto por reembolso	Nada. Cubierto por reembolso	Usted paga el servicio y el plan le reembolsa todos los gastos
Si lo admiten al hospital	Cuota de facilidad (ej., cuarto de hospital)	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Litotricia requiere precertificación.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental	\$7.50 copago / terapia de grupo \$7.50 copago / visita (incluye colaterales)	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de salud mental	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	\$7.50 copago / terapia de grupo \$7.50 copago / visita (incluye colaterales)	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	\$10 copago / visita	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de salud en el hogar	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Servicios de rehabilitación/habilitación	\$10 copago /visita además de cualquier diferencia entre lo que el plan paga y la cantidad facturada	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Hasta 60 terapias físicas y ocupacionales por condición, por año póliza. Usted paga el servicio y solicita reembolso
	Cuidado de enfermería diestra	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Requiere precertificación del plan.
	Equipo médico duradero	20% coaseguro	10% de cargos permitidos luego del coaseguro correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Requiere precertificación del plan.
	Hospicio	No se cubre	No se cubre	-----ninguna-----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de visión	\$10 copago / visita	10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	-----ninguna-----
	Espejelos	Nada. Asegurado es responsable de la cantidad que exceda las tarifas contratadas.	No se cubre	Un par de espejelos o lentes de contacto anuales para asegurados hasta los 21 años de edad a través de los proveedores participantes.
	Revisión dental	Nada	10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada	Cubierto bajo la cubierta dental hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.

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"> • Acupuntura • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Prolongado • Enfermeras Privadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de pérdida de peso • Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos
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"> • Aparatos auditivos • Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental • Cuidado rutinario del pie 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado visual • Tratamiento de infertilidad • Visitas al quiropráctico

Su derecho para continuar con la cubierta:

Si pierde la cubierta de su plan, dependiendo de las circunstancias, usted podrá ser elegible a una extensión de 31 días de cubierta, para su conversión a una póliza Individual y para recibir la Continuación de Cubierta Temporal (TCC). Sus derechos al TCC 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. Una póliza Individual también podría proveerle beneficios distintos a los que usted tenía cubiertos bajo su plan. Otras limitaciones podrían aplicar para continuar con su cubierta.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cubierta, vea su póliza del Plan FEHB, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos/Sistema de Retiro, contacte su plan al (787) 774-6081 o visite www.opm.gov/insure/health.

Su derecho a presentar una apelación:

Si usted no está satisfecho con la denegación de alguna reclamación bajo el plan, usted podrá apelar. Para información sobre sus derechos de apelación, favor de referirse a la Sección 3, “Cómo obtener su cuidado médico” y la Sección 8 “Proceso de apelaciones de reclamaciones” en su póliza del Plan FEHB. Si necesita asistencia, puede comunicarse con Triple-S al (787) 774-6081 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. **Esta 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) 774-6081.

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

Preguntas: Llame al (787) 774-6081 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 o llame al (787) 774-6081 para solicitar una copia.



Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo el plan podría cubrir los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cubierta económica podría obtener un paciente si está suscrito con distintos planes.



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 proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$7,370
- Usted paga: \$170

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$170

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,980
- Usted paga: \$420

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coaseguro	\$250
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$420

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Cuáles son algunos de los supuestos en estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La condición del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cubierta.
- No hay otros gastos médicos para cualquier asegurado cubierto por este plan.
- Los desembolsos en efectivo están basados solamente en el tratamiento de la condición mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles, copagos y coaseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque el servicio no está cubierto o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según la recomendación de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No**. Los ejemplos de cubierta **no** son estimadores de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición real. El ejemplo es únicamente para fines ilustrativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del costo del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted vea el Resumen de Beneficios y Cubierta de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de su cubierta. Cuando compare los planes, fíjese en el encasillado titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cubierta ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán sus desembolsos, como los **copagos, deducibles y coaseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con sus desembolsos.