



Esto es sólo un resumen. Usted puede conseguir la póliza en www.ssspr.com o llamando al (787) 774-6070. Una póliza provee más detalles sobre cómo utilizar el plan y qué usted y su asegurador debe hacer. También tiene más detalles sobre su cubierta y sus costos.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea la tabla que comienza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros deducibles para 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.	El límite de desembolso es lo más que usted pagaría por su parte de los costos de los servicios cubiertos (usualmente un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos para el cuidado de su salud.
¿Qué gastos no cuentan para el límite de desembolsos en efectivo ?	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 límite de desembolso .
¿Hay un límite anual 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 específicos, tales como las visitas a la oficina de un médico.
¿Este plan utiliza una red de proveedores ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, acceda www.ssspr.com o llame al (787) 774-6070.	Si usted utiliza un doctor dentro de la red u otro proveedor de cuidado de salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red , preferidos o participantes para referirse a los proveedores dentro de su 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 especialista ?	Sí.	Necesita referido para visitas a algunas especialidades fuera de su Grupo Médico.
¿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 servicios excluidos.



- **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. Usted paga esto además de cualquier cantidad de deducible que tiene en este plan. Por ejemplo, si la cantidad permitida del plan de salud para la estadía de una noche en el hospital es de \$1,000 y alcanzó su deducible, 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	Nada/generalista, médico de familia, internista, ginecólogo y pediatra	No cubierto	A través de su Grupo Médico
	Visita a especialista/subespecialista	\$10 copago/especialista \$15 copago/subespecialista	No cubierto	Necesita referido para visitas a algunas especialidades fuera de su Grupo Médico.
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$8 copago/audiólogo, optómetra \$10 copago / quiropráctico, podiatra	No cubierto	20 manipulaciones por año combinadas con terapia física
	Cuidado preventivo/ceñimiento/vacunas	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada copago por otras inmunizaciones	No cubierto	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere pre-certificación del plan.
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de Diagnóstico (rayos-X, laboratorios)	20% coaseguro Red Preferida 30% coaseguro Red No Preferida	No cubierto	Necesita referido del médico personal para algunos rayos-X fuera de su Grupo Médico

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)	30% coaseguro Red Preferida 40% coaseguro Red No Preferida	No cubierto	PET scan y PET CT, hasta 1 por año y requiere precertificación. MRI, uno por año. CT y MRI necesitan referido del médico personal fuera de su Grupo Médico.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.ssspr.com	(1) Genéricos	(1) \$5 copago / \$15 copago para 90 días	No Cubierto	Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> • Esta cubierta está sujeta a una Lista de Medicamentos y requiere el despacho de medicamentos 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. • Aplican los copagos y coaseguros hasta \$2,000. Luego de esta cantidad, aplica un 40% coaseguro • Medicamentos especializados no están disponibles para envío por correo.
	(2) Marca Preferidos	(2) 15% coaseguro mínimo \$15 copago / 15% mínimo \$45 copago para 90 días		
	(3) No preferidos	(3) 15% coaseguro mínimo \$15 copago / 15% mínimo \$45 para 90 días		
	(4) Especializados.	(4) 30% coaseguro, hasta un máximo de \$200 copago		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota de facilidad (ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 copago Red Preferida \$150 copago Red No Preferida	No cubierto	Necesita referido del médico personal fuera de su Grupo Médico
	Cuota de médico/cirujano	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de emergencia/urgencia	\$40 copago/enfermedad. Nada para accidente	\$40 copago/ enfermedad. Nada para accidente	Nada de copago 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	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	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)	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	Nada	-----ninguna-----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental	\$10 copago / terapia de grupo \$10 copago / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de salud mental	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3 Admisión regular y parcial	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3 Admisión regular y parcial	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	\$10 copago / terapia de grupo \$10 copago / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3 Admisión regular y parcial	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3 Admisión regular y parcial	-----ninguna-----
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3	\$50 copago Nivel 1 \$150 copago Nivel 2 y 3	-----ninguna-----
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de salud en el hogar	\$15 copago	\$15 copago	40 visitas por año para Terapias Físicas Ocupacionales y del Habla. Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios de rehabilitación/habilitación	\$7 copago /terapia físicas \$10 copago /quiropáticos	No cubierto	Hasta 20 terapias físicas y manipulaciones combinadas por año póliza.

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
	Cuidado de enfermería diestra	\$50 copago Red Preferida \$150 copago Red No Preferida	No cubierto	60 días por año, por asegurado. Requiere precertificación del plan.
	Equipo médico duradero	20% coaseguro luego del deducible. Cubierto en gastos médicos mayores	No cubierto	\$10,000 por año póliza. Luego de esta cantidad, aplica un 40% de coaseguro. Requiere precertificación del plan.
	Hospicio	Nada, cubierto a través de la cubierta de gastos médicos mayores.	Nada, cubierto a través de la cubierta de gastos médicos mayores.	Requiere precertificación.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de visión	\$10 copago	No cubierto	Cubierto hasta uno por año, cubierta a través de Ivision International
	Espejuelos	\$18.00 de copago para Visión sencilla \$20.00 de copago para Bifocales \$36.00 de copago para Lentes de contacto \$18.00 de copago para Monturas	No cubierto	Una montura de la colección <i>Preferred</i> o un par de lentes de contactos por año a través de Ivision International, con un valor de hasta \$150.00, sin necesidad de reembolso. Este beneficio no aplica para la acumulación del límite de desembolso en efectivo.
	Revisión dental	Nada	No cubierto	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"> Aparatos auditivos Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado Prolongado Enfermeras Privadas Programas de pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> 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 (A través de Triple-S Natural) Cirugía Bariátrica sujeto a precertificación del plan 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado dental Cuidado rutinario del pie 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado visual Visitas al quiropráctico

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) 774-6070. 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) 774-6070 o visitar nuestro portal www.ssspr.com. Para más información sobre el proceso de apelaciones, llame a Triple-S al (787) 774-6070 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) 774-6070.

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

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:** \$7,170
- **Usted paga:** \$370

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	\$60
Coaseguro	\$160
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$370

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$4,840
- **Usted paga:** \$560

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	\$200
Coaseguro	\$280
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$560

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.