Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

2024

PLATA

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, **www.ssspr.com** o llamar al **(787) 774-6060.** Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al **1-800-981-3241**.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No.	Debe pagar el deducible antes de que el plan pague cualquier servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Bajo la cubierta de medicamentos **$20** Individual	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible, antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por proveedores dentro de la red - **$6,350** Individual / **$12,700** Familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede 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 de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite total de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, pagos por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Acceda www.ssspr.com o llame al **1-800-981-3241** para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin un referido.

⚠ Todos los **copagos** y el **coaseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$0 PPN / $5 copago / visita	No cubierto	----------ninguna----------
	Consulta con un especialista	$0 SALUS / $15 copago / especialista $0 SALUS / $20 copago / subespecialista	No cubierto	----------ninguna----------
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 30% coaseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	No cubierto	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere pre-certificación del plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	0% SALUS / 40% coaseguro rayos X; 35% coaseguro laboratorios	No cubierto	Aplica Redes *Selective* de Laboratorios, Radiología e Imágenes.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% coaseguro	No cubierto	PET scan y PET CT, sujeto a pre-certificación. MRI, hasta uno (1) por región anatómica. Aplica Red Selective.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.ssspr.com	Medicamentos genéricos	$10 copago / $20 copago para 90 días	No cubierto	Aplican las siguientes reglas: • Esta cubierta está sujeta a una Lista 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. • Productos especializados no están disponibles para 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	95% coaseguro / 72% coaseguro para 90 días	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	95% coaseguro / 72% coaseguro para 90 días	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Especializados Preferidos: 95% coaseguro Especializados No Preferidos: 95% coaseguro	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$200 copago	No cubierto	----------ninguna----------
	Tarifas del médico/cirujano	45% coaseguro en cirugía ambulatoria	No cubierto	----------ninguna----------
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$50 copago por accidente / visita, $100 copago por enfermedad / visita	$50 copago por accidente / visita, $100 copago por enfermedad / visita	Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias.
	Transporte médico de emergencia	$0 en casos de emergencias En casos que no sean emergencia, la persona asegurada paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsa, hasta un máximo de $80 por caso	$0 en casos de emergencias En casos que no sean emergencia, la persona asegurada paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsa, hasta un máximo de $80 por caso	Cubierto a través de reembolso.
	Atención de urgencia	$15 copago por enfermedad o accidente / visita	$15 copago por enfermedad o accidente / visita	Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Red Preferida: $200 Red No Preferida: $700	No cubierto	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	Nada, excepto 40% coaseguro para litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas y 50% coaseguro cirugía bariátrica.	No cubierto	Litotricia y Bariátrica requieren precertificación. La cirugía bariátrica tiene un límite de una por vida, y doce meses de período de espera.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$15 copago / terapia de grupo $15 copago / visita (incluye colaterales); $0 SALUS psicólogos / visitas	No cubierto	----------ninguna----------
	Servicios para pacientes hospitalizados	Red Preferida: $200 Red No Preferida: $700; Admisión Parcial: $50 Red Preferida / $100 Red No Preferida	No cubierto	----------ninguna----------
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$0 SALUS / $15 copago	No cubierto	Dependiendo el tipo de servicio ofrecido puede aplicar un coaseguro o copago. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Nada	No cubierto	----------ninguna----------
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Red Preferida: $200 Red No Preferida: $700	No cubierto	----------ninguna----------

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% de coaseguro	No cubierto	Servicios de Enfermería y Auxiliar hasta un máximo de dos (2) visitas diarias. Hasta 40 visitas por año para Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla. Requieren recertificación.
	Servicios de rehabilitación	$15 de copago por visita /terapia física y $15 de copago en manipulaciones quiroprácticas	No cubierto	Hasta 20 manipulaciones y terapias físicas, combinadas con habilitación, por asegurado, por año póliza.
	Servicios de habilitación	$15 de copago /terapia física y $15 de copago en manipulaciones quiroprácticas	No cubierto	Hasta 20 manipulaciones y terapias físicas, combinadas por asegurado, con habilitación, por año póliza.
	Atención de enfermería especializada	$200 de copago	No cubierto	Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere pre-certificación.
	Equipo médico duradero	50% coaseguro	No cubierto	Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación.	No cubierto	Requiere pre-certificación del plan.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Nada	No cubierto	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.
	Anteojos para niños	Nada	No cubierto	1 par por año póliza, por persona asegurada hasta los 21 años de edad.
	Control dental para niños	Nada	No cubierto	Cubierto bajo la cubierta dental hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Aparatos Auditivos • Tratamiento de Infertilidad • Cirugía cosmética	• Cuidado Prolongado • Enfermeras Privadas • Medicamentos administrados en una facilidad ambulatoria, incluyendo medicamentos inyectables, excepto los requeridos por ley	• Programas de pérdida de peso • Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Acupuntura (Triple-S Natural) • Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación	• Cuidado dental • Cuidado rutinario del pie • Cuidado de rutina de los ojos (adulto)	• Cuidado visual • Visitas al quiropráctico

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cobertura, comuníquese con el plan al (787) 774-6060. Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356 Guaynabo PR 00968-3029, teléfono: 787-304-8686; Procurador de la Salud PO BOX 11247 San Juan PR 00910-2347 Teléfono: 787-977-0909. 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. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda comuníquese con nuestro Departamento de Querellas y Apelaciones al PO Box 11320, San Juan, PR 00922-9905, Fax Apelaciones: 787-706-4057, Correo electrónico: qacomercial@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 Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356, Guaynabo, PR 00968-3029, por correo electrónico: investigaciones@ocs.pr.gov, por facsímil: 787-273-6082 o por teléfono 787-304-8686.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **No aplica**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **Si**

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al (787-774-6060)
English (Inglés): For assistance in English, call (787-774-6060)
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (787-774-6060)
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码(787-774-6060)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' (787-774-6060)

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de Especialista** **$0/$20**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$200/$700**
- **Otros coaseguros** **40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$250
Coaseguro	$600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$850**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de Especialista** **$0/$20**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$200/$700**
- **Otros coaseguros** **40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles medicamentos	$20
Copagos	$250
Coaseguro	$500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$770**

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de Especialista** **$0/$20**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$200/$700**
- **Otros coaseguros** **40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$450
Coaseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$650**

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

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, póngase en contacto con nosotros.

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su plan o póliza de seguro médico. Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o plan y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el plan. (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del plan).
- El texto subrayado señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los deducibles, el coseguro y los límites de gastos de bolsillo en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Es el pago máximo que el plan hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada."

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o plan revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

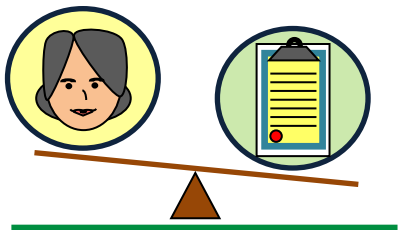
Facturación de saldo

Cuando un proveedor le factura el saldo restante de la factura que su plan no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de $200 y la cantidad permitida es de $110, el proveedor puede facturarle los $90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un proveedor fuera de la red (proveedor no preferido). Un proveedor de la red (proveedor preferido) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

Reclamación

Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su proveedor de atención médica a su compañía de seguro médico o plan por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

Coseguro



(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida para el servicio. Por lo general, usted paga el coseguro ***más*** los deducibles que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el seguro médico o el plan para una consulta es de $100 y usted ha pagado su deducible, su pago de coseguro del 20 % sería de $20. El seguro médico o el plan pagan el resto de la cantidad permitida).

Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no son de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

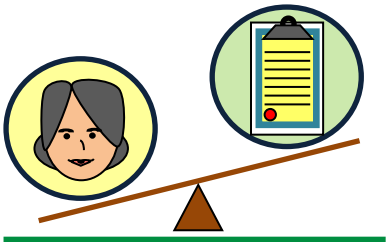
Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, $15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costos compartidos
Su parte de los costos de los servicios que un plan cubre y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados "gastos de bolsillo"). Algunos ejemplos de costos compartidos son los copagos, los deducibles y los coseguros. El costo compartido familiar es la parte del costo de los deducibles y los gastos de bolsillo que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las primas, los recargos que puede tener que pagar o el costo de la atención que un plan no cubre, por lo general, no se consideran costos compartidos.

Reducciones de costo compartido
Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un plan individual que compra a través del Mercado. Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

Deducible
Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible general. Un plan con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un plan también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de $1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de $1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).



Jane paga 100 %

Su plan paga 0 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Pruebas de diagnóstico
Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME)
Equipo y suministros que solicita un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia
Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia
Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia. Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su plan no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos.

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia
Servicios para comprobar si hay una condición médica de emergencia y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para condiciones médicas de emergencia.

Servicios excluidos
Servicios de atención médica que su plan no paga ni cubre.

Formulario
Una lista de los medicamentos que su plan cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su plan puede tener medicamentos de diferentes niveles de costo compartido. Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de costo compartido aplicadas a cada nivel.

Queja
Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o plan.

Servicios de habilitación
Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico
Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una prima. Un contrato de seguro médico también se puede llamar "póliza" o "plan."

Atención médica domiciliaria
Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros proveedores de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Servicios en un centro de atención paliativa
Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización
Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos planes pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en el hospital
Atención en un hospital que, por lo general, no exige una estancia de una noche.

Coseguro dentro de la red
Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Copago dentro de la red
Una cantidad fija (por ejemplo, $15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de proveedores que tienen un contrato con su seguro médico o plan. Los copagos dentro de la red suelen ser menores que los copagos fuera de la red.

Mercado
Un mercado de seguros médicos en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de planes; comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las primas y los costos compartidos según sus ingresos; y elegir un plan e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como "Intercambio de seguros." El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP). Se puede acceder a él en línea, por teléfono y personalmente.

Límite máximo de gastos de bolsillo
La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de costos compartidos que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del plan para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de planes y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los límites de gastos de bolsillo establecidos para su plan.

Médicamente necesario
Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima
La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye planes, seguros médicos que se pueden adquirir en el Mercado, otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el crédito fiscal para primas.

Estándar de valor mínimo
Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el plan cubre. Si se le ofrece un plan de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el plan ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los créditos fiscales para primas y las reducciones de costos compartidos para comprar un plan en el mercado.

Red
Los centros, proveedores y suministradores que su compañía de seguro médico o plan ha contratado para prestar servicios de atención médica.

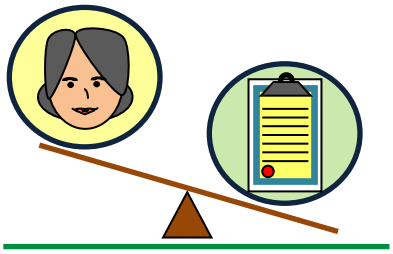
Proveedor de la red (proveedor preferido)
Un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguro médico o plan y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un plan. Pagará menos si lo atiende un proveedor que esté incluido en la red. También se lo llama "proveedor preferido" o "proveedor participante."

Órtesis y prótesis
Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.

Coseguro fuera de la red
Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la cantidad permitida para los servicios de atención médica cubiertos de proveedores que no tienen un contrato con su seguro médico o plan. El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Copago fuera de la red
Una cantidad fija (por ejemplo, $30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de proveedores que ***no*** tienen un contrato con su seguro médico o plan. Los copagos fuera de la red suelen ser mayores que los copagos dentro de la red.

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)
Un proveedor que no tiene un contrato con su plan para prestar servicios. Si su plan cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un proveedor preferido. En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al "proveedor fuera de la red" también se lo llama proveedor "no preferido" o "no participante."

Límite de gastos de bolsillo


(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Lo máximo que usted ***podría*** pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el plan pagará el 100 % de la cantidad permitida. Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la prima, los cargos de facturación de saldos ni la atención médica que su plan no cubre. Algunos planes no tienen en cuenta todos sus copagos, deducibles, pagos de coseguro, pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.

Servicios prestados por médicos
Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

Plan
Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de atención médica. También llamado "plan de seguro médico", "póliza", "póliza de seguro médico" o "seguro médico."

Preautorización
La decisión de su compañía de seguro médico o plan de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero (DME) es médicamente necesario. A veces se denomina "autorización previa", "aprobación previa" o "precertificación." Su seguro médico o plan puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

Prima
La cantidad que se debe pagar por su seguro médico o plan. Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Créditos fiscales para primas
Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un seguro médico privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un seguro médico en el Mercado y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las primas mensuales.

Cobertura de medicamentos con receta
Cobertura de un plan que ayuda a pagar los medicamentos con receta. Si el formulario del plan tiene "niveles", los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de costo compartido será diferente para cada "nivel" de medicamentos con receta cubiertos.

Medicamentos con receta
Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

Atención preventiva (servicios preventivos)
Atención médica de rutina, incluyendo exámenes de detección, controles y consejería para pacientes, para prevenir o detectar enfermedades, dolencias u otros problemas médicos.

Médico de atención primaria
Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de atención primaria
Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del plan, que presta, coordina o lo ayuda a acceder a diferentes tipos de servicios de atención médica.

Proveedor
Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El plan puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

Cirugía reconstructiva
La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o enfermedades.

Derivación
Una orden escrita por su proveedor de atención primaria para que vea a un especialista o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su proveedor de atención primaria. Si no obtiene una derivación primero, es posible que el plan no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación
Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados/o ambulatorios.

Pruebas de detección
Un tipo de atención preventiva que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de una enfermedad o condición.

Atención de enfermería especializada
Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada ***no*** es lo mismo que los "servicios de atención especializada", que son servicios que prestan terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en la casa del paciente o en un asilo de ancianos.

Especialista
Un proveedor que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Medicamentos de especialidad
Un tipo de medicamento con receta que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los medicamentos de especialidad son los más caros de un formulario.

Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los proveedores de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la cantidad permitida.

Atención de urgencia

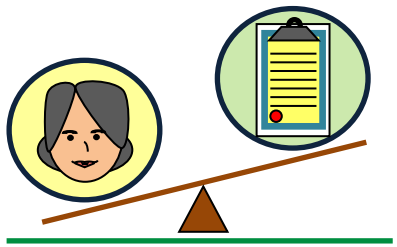
Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

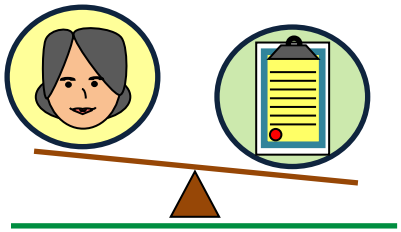
Deductible del plan de Jane: $1,500 **Coseguro:** 20 % **Límite de gastos de bolsillo:** $5,000

1 de enero
Comienzo del período de cobertura

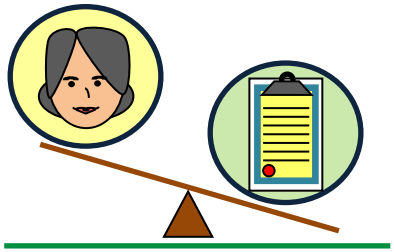
31 de diciembre
Final del período de cobertura



más costos



más costos



Jane no ha alcanzado su deducible de $1,500 todavía

Su plan no paga ninguna parte del costo.

Costo de la consulta: $125
Jane paga: $125
Su plan paga: $0

Jane alcanza su deducible de $1,500, comienza su coseguro

Jane ha visitado al médico varias veces y pagó $1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su deducible. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.

Costo de la consulta: $125
Jane paga: el 20 % de $125 = $25
Su plan paga: el 80 % de $125 = $100

Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de $5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó $5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costo de la consulta: $125
Jane paga: $0
Su plan paga: $125

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que completar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

787.774.6060
787.792.1370
TTY (audioimpedidos)

Lunes a viernes	7:30 a.m. a 8:00 p.m.
Sábados	9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Domingos	11:00 a.m. a 5:00 p.m.

www.ssspr.com