Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

2027



Póliza Pocket Oro

Pocket

TRIPLE-S SALUD

ESTAMOS CONTIGO

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?	Sí.	Este plan cubre servicios preventivos y vacunas, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coaseguro.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿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.https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/

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 cabecera para tratar una afección o lesión	$0	No cubierto	----------ninguna----------
	Consulta con un especialista	$0 SALUS / $0 Red Pocket $10 especialista $25 subespecialista	No cubierto	----------ninguna----------
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Nada, para servicios preventivos por Ley Federal. Nada, por otras inmunizaciones 30% Red Pocket / 50% coaseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio	No cubierto	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere pre-autorización del plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$0 SALUS 30% para rayos X 30% coaseguro para laboratorios	No cubierto	Aplica Blue Select Network de Laboratorios, Radiología e Imágenes.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	$0 SALUS/ 35% coaseguro	No cubierto	PET Scan y PET CT, sujeto a pre-autorización. MRI, hasta uno (1) por región anatómica. Aplica Blue Select Network.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.	Medicamentos genéricos	$5 copago, $0 copago (TS en Casa) / $10 copago para 90 días	No cubierto	Aplican las siguientes reglas: • Primer nivel de cubierta hasta $1,600 individual, luego 80% • Esta cubierta está sujeta a una Lista de Medicamentos. • Genéricos como primera opción.
	Medicamentos de marca preferidos	35% coaseguro mín. $20 copago / 27% coaseguro mín. $40 copago para 90 días	No cubierto	

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
Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.ssspr.com	Medicamentos de marca no preferidos	50% coaseguro mín. $30 copago / 38% coaseguro mín. $60 copago para 90 días	No cubierto	• Hasta 30 y 90 días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren pre-autorización del plan y el uso de terapia escalonada. • Productos especializados no están disponibles para 90 días.
	Medicamentos de especialidad	Especializados Preferidos y No Preferidos 75% coaseguro	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (ej., centro de cirugía ambulatoria)	45% coaseguro	No cubierto	----------ninguna----------
	Tarifas del médico/cirujano	$50 Red Pocket / 30% coaseguro	No cubierto	----------ninguna----------
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$50 copago por accidente o $200 por enfermedad por visita	$50 copago por accidente o $200 por enfermedad por visita	----------ninguna----------
	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	$15 copago	----------ninguna----------
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$200	No cubierto	----------ninguna----------
	Tarifas del médico/cirujano	Nada, excepto para litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas: 25% Red Pocket / 50% Cirugía bariátrica: 40%	No cubierto	Litotricia y Bariátrica requieren pre-autorización. La cirugía bariátrica tiene un límite de una por vida, y doce meses de período de espera.

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 servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$0 Red Pocket / $10 para Terapia de grupos y visitas (incluye colaterales)	No cubierto	----------ninguna----------
	Servicios para pacientes hospitalizados	$200 0% para hospitalización parcial	No cubierto	----------ninguna----------
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$0 SALUS $0 Red Pocket $10 especialista	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	$200	No cubierto	----------ninguna----------
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% Red Pocket / 50%	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	$0 SALUS / $10 Red Pocket / $18 para Terapia física y manipulaciones quiroprácticas	No cubierto	Hasta 20 manipulaciones y terapias físicas, combinadas con habilitación, por asegurado, por año póliza.
	Servicios de habilitación	$0 SALUS / $10 Red Pocket / $18 para Terapia física y manipulaciones quiroprácticas	No cubierto	Hasta 20 manipulaciones y terapias físicas, combinadas por asegurado, con habilitación, por año póliza.
	Atención de enfermería especializada	$100 Red Pocket / 50%	No cubierto	Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere pre-autorización.

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
	Equipo médico duradero	50%	No cubierto	Requiere pre-autorización del plan.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cubierto	No cubierto	No cubierto
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 pre-autorización	• 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.

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

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? **Sí**

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 **0.02** 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.

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 coaseguro) 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/$10**
- **Hospital(instalaciones)copago** **$300**
- **Otros coaseguros** **35%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	$310
Coaseguro	$500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$810**

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/$10**
- **Hospital(instalaciones)copago** **$300**
- **Otros coaseguros** **35%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 (más medicamentos)	$0
Copagos	$310
Coaseguro	$500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$810**

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/$10**
- **Hospital(instalaciones)copago** **$300**
- **Otros coaseguros** **35%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	$310
Coaseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$510**

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.

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