



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, puede acceder a www.ssspr.com o llamar al (787) 774-6070. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-981-3241.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No aplica	No tendrá que pagar deducibles para servicios específicos pero un copago o coseguro puede aplicar.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por proveedores dentro de la red - \$6,350 Individual / \$12,700 Familia.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría 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 de gastos generales de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas, pagos por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límites de gastos directos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	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 . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 copago / visita	No Cubierto	-----ninguna-----
	Visita al especialista / subespecialista	\$20 copago / especialista \$20 copago / subespecialista	No Cubierto	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 20% coseguro 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	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	25% coseguro rayos X y laboratorios	No Cubierto	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Hospital: Nada / CT y MRIs Ambulatorio: 40% coseguro / Pet Scans y MRIs / CT	No Cubierto	Hospital: CT, hasta uno por región anatómica y MRI, hasta uno por tipo por año. Ambulatorio: CT, hasta dos por año, PET scan y PET CT, hasta uno por año sujeto a pre-certificación y MRI, hasta uno por año.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ssspr.com	Medicamentos genéricos	Genéricos: \$5 copago / \$10 copago: 90 días.	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 y 90 días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. • Luego de acumular \$1,500, aplicará un 40% coaseguro para todos los medicamentos cubiertos excepto los preventivos. • Medicamentos especializados no están disponibles para envío por correo. • Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto.
	Medicamentos de marcas preferidas	15% coaseguro mínimo \$15 copago / 12% coaseguro mínimo \$30 copago para 90 días		
	Medicamentos de marcas no preferidas	30% coaseguro mínimo \$30 copago / 30% coaseguro mínimo \$90 copago para 90 días		
	Medicamentos especializados	Preferido: 30% coaseguro hasta un máximo de \$200 copago No preferido: 40% coaseguro máximo \$500 copago, lo que sea menor		
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 copago / visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$75 copago / visita	\$75 copago / visita	\$25 si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x.
	Transporte médico de emergencia	\$0 en casos de emergencias	\$0 en casos de emergencias	Cubierto a través de reembolso

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		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 por reembolso	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 por reembolso	
	Atención de urgencia	\$75 copago por enfermedad o accidente / visita	\$75 copago por enfermedad o accidente / visita	Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Nada, excepto litotricia con un 30% coaseguro	No cubierto	Litotricia cubierta hasta dos por año, máximo aplica a hospital y ambulatorio. Requiere precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$10 copago / terapia de grupo \$10 copago / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios internos	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 copago	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios de parto profesionales	Nada	No cubierto	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	Nivel 1 \$100 copago / admisión en Red Preferida Nivel 2 y 3 \$200 copago / admisión Fuera de la Red Preferida	-----ninguna-----
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	30% coaseguro	En casos de emergencia con 30% coaseguro	30 días por año. Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios de rehabilitación	\$10 copago /terapia físicas, terapia del habla y terapia ocupacional	No cubierto	Hasta 30 terapias, combinadas por año póliza.
	Servicios de habilitación	\$10 copago /terapia físicas, terapia del habla y terapia ocupacional	No cubierto.	Hasta 30 terapias, combinadas por año póliza.
	Cuidado de enfermería especializada	30% coaseguro	En casos de emergencia con 30% coaseguro	Hasta 60 días por año, por asegurado. Requiere pre-certificación del plan.
	Equipo médico duradero	25% coaseguro	25% coaseguro	Cubierto hasta \$3,000 por año póliza. Una vez alcanzado el primer nivel de cubierta, aplica un 50% de coaseguro. Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto	No cubierto	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios	Examen de la vista pediátrico	\$10 de copago	No cubierto	No cubierto
	Anteojos para niños	\$18.00 de copago para Visión sencilla	No cubierto	Una montura de la colección <i>Preferred</i> o un par de lentes de

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
odontológicos o de la vista		\$20.00 de copago para Bifocales \$36.00 de copago para Lentes de contacto \$18.00 de copago para Monturas		contactos por año a través de lvision 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.
	Chequeo dental pediátrico	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](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|---|
| • Aparatos Auditivos | • Hospicio | • Programas de pérdida de peso |
| • Tratamiento de Infertilidad | • Cuidado Prolongado | • Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos |
| • Cirugía cosmética | • Enfermeras Privadas | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| • Acupuntura (Triple-S Natural) | • Cuidado dental | • Cuidado visual |
| • Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación | • Cuidado rutinario del pie | • Visitas al quiropráctico |

Sus derechos a continuar con su cobertura 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.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cobertura, comuníquese con el plan al (787) 774-6070. 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 787-774-6070 o al número gratuito 1-800-981-3241.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, 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 356Guaynabo, PR 00968-3029, por correo electrónico: salud@ocs.pr.gov, por facsímil: 787-273-6082 o por teléfono 787-304-8686.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? No aplica

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al (787-774-6070)

English (Inglés): For assistance in English, call (787-774-6070)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (787-774-6070)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码(787-774-6070)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' (787-774-6070)

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación*

médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialista](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [copago](#) 25%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,035
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$465
Coseguro	\$418
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$943

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialista](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [coseguro](#) 25%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$6,415
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$420
Coseguro	\$770
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,245

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialista](#) \$20
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$100
- Otro [coseguro](#) 25%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,558
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$463
Coseguro	\$21
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$484

Note: 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 Salud.

Glosario de cobertura de salud y términos médicos

- Este glosario define muchos términos de uso común, pero no se trata de una lista completa. Estos términos y definiciones tienen fines informativos y podrían ser distintos a los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Además, es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado cuando se usan en su póliza o [plan](#); en cualquier caso, la póliza o [plan](#) rigen. (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para encontrar información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan.)
- El texto [subrayado](#) indica un término definido en este glosario.
- Véase la página 6 para encontrar un ejemplo de cómo [los deducibles](#), [coseguro](#) y [máximo por gastos directos del bolsillo](#) se combinan en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Este es el pago máximo que el [plan](#) realizará por un servicio médico cubierto. Podría también denominarse "gasto calificado", "asignación de pagos" o "tarifa negociada".

Apelación

Solicitud para que el asegurador médico o [plan](#) revise una decisión de negar un beneficio o pago (ya sea en parte o en su totalidad).

Facturación del saldo

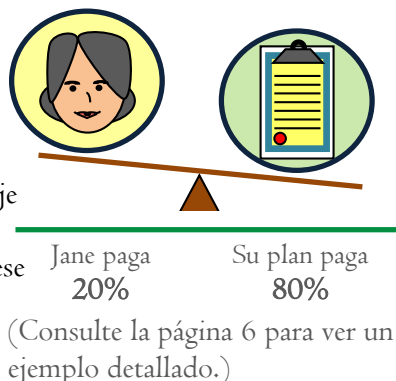
Cuando el [proveedor](#) le factura por el saldo restante en la factura que su [plan](#) no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto facturado como tal y el [cantidad permitida](#). Por ejemplo, si el proveedor cobra \$200, y el [cantidad permitida](#) es \$110, el proveedor podrá facturarle por los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando acude a un [proveedor fuera de la red médica \(proveedor no preferido\)](#). Un [proveedor en la red médica \(proveedor preferido\)](#) no puede facturarle por los servicios cubiertos.

Reclamación

Solicitud de un beneficio (incluido el reembolso de un gasto médico) realizado por usted o su [proveedor](#) de atención médica a su aseguradora o [plan](#) médico por artículos o servicios que usted piensa que están cubiertos.

Coseguro

Su porción de los costos de un servicio médico cubierto, calculado como porcentaje (por ejemplo, 20%) del [cantidad permitida](#) por ese servicio. Usted generalmente paga el



coseguro más [los deducibles](#) que adeude. (Por ejemplo, si el [cantidad permitida](#) del [seguro de salud](#) o [plan](#) por una visita al consultorio médico es de \$100, y usted ya acabó de pagar su [deducible](#), el pago del coseguro que de 20% que le corresponde es de \$20. El seguro de salud o [plan](#) paga el resto del [cantidad permitida](#).)

Complicaciones de embarazo

Condiciones debido al embarazo, nacimiento o parto que requieren atención médica para evitar daño grave a la salud de la madre o el feto. Las náuseas del embarazo y las cesáreas que no sean de emergencia por lo general no son complicaciones del embarazo.

Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Costo compartido

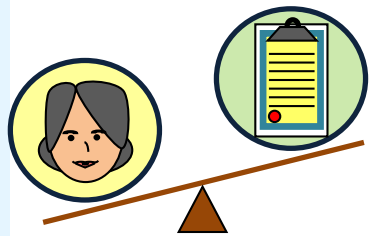
Su porción de los costos por servicios que un plan cubre y usted debe pagar de su bolsillo (a veces se denominan "desembolso del paciente"). Algunos ejemplos de costos compartidos incluyen copagos, deducibles y coseguros. Los costos familiares compartidos se refieren a la porción de los costos de deducibles y desembolsos del paciente que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, como primas, penalidades que pueda tener que pagar o el costo de servicios que no cubre el plan, no suelen considerarse costos compartidos.

Reducción de costos compartidos

Descuentos que permiten reducir el monto que usted paga por algunos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que usted adquiere por medio del [Mercado de salud](#). Usted podría obtener un descuento si su ingreso está por debajo de un cierto nivel, y opta por un plan médico de nivel Plata o es miembro de una tribu reconocida federalmente, lo que incluye ser accionista en una corporación incorporada en virtud de la Ley de Acuerdo de Reivindicaciones Nativas de Alaska.

Deducible

Monto que podría adeudar durante un periodo de cobertura (suele ser de un año) por servicios médicos cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. Se aplica un deducible general a todos o casi todas las bienes y servicios cubiertos. Un [plan](#) con un deducible general podría también tener deducibles aparte aplicables a servicios específicos o grupos de servicios. El [plan](#) podría además tener deducibles separados únicamente. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya cumplido con ese deducible de \$1000 por servicios médicos cubiertos sujetos al deducible.)



Jane paga 100% Su plan paga 0%

(Consulte la página 6 para ver un ejemplo detallado.)

Prueba diagnóstica

Pruebas para determinar cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía podría ser una prueba diagnóstica para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME en inglés)

Equipo y materiales solicitados por un [proveedor](#) de atención médica para uso diario y extendido. El DME podría incluir: equipo de oxigenación, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluye dolor grave) o infección suficientemente grave para suponer un riesgo serio a la salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera la atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente alguna de las siguientes: 1) su salud correría un peligro serio; 2) tendría problemas de salud serios con las funciones del organismo; 3) sufriría daño grave a una parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia por una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte de emergencia podrían incluir transporte aéreo, terrestre o marino. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o que pague menos por algunos tipos de transporte.

Servicios en la sala de emergencias/Servicios de emergencias

Servicios para examinar una [condición médica de emergencia](#) y darle tratamiento para evitar que una [condición médica de emergencia](#) empeore. Estos servicios podrían proporcionarse en una sala de emergencias licenciada de un hospital u otros lugares que brindan atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Servicios Excluidos

Servicios médicos que su [plan](#) no paga ni cubre.

Formulario

Una lista de medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario podría incluir la cantidad que usted comparte del costo por cada medicamento. Su [plan](#) podría categorizar los medicamentos en distintos niveles o categorías de [costo](#). Por ejemplo, una lista de formulario podría incluir medicamentos genéricos y de marca con distintos [costos](#) compartidos por cada categoría.

Reclamo

Una queja que usted le comunica a su aseguradora o [plan](#).

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que le ayudan a la persona a conservar, adquirir o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Algunos ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla a la edad anticipada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos en el hospitalo ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que requiere que una aseguradora médica pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una [prima](#). El contrato de seguro médico también podría denominarse "póliza" o "[plan](#)".

Atención médica en el hogar

Servicios de atención médica y materiales que recibe en su casa según órdenes del médico. Los servicios podrían incluir enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) del cuidado de la salud con licencia. La atención de salud a domicilio no suele incluir ayuda con tareas que no sean de tipo médico, como cocinar, limpiar o manejar.

Servicios paliativos o para enfermos terminales

Servicios para proporcionar alivio y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente interno y suele requerir pernoctar. Algunos [planes](#) podrían considerar pernoctar con fines de observación como atención ambulatoria en lugar de una hospitalización.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención médica en un hospital que no suele requerir

Requisito de responsabilidad individual

A veces denominado "mandato individual", se refiere al deber que podría tener de estar inscrito en un seguro médico que brinde [cobertura esencial mínima](#). Si no tiene [cobertura esencial mínima](#), podría tener que pagar una penalidad cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una dispensa de cobertura médica.

Coseguro en la red

Su porción (por ejemplo, 20%) del [cantidad permitida](#) por los servicios médicos cubiertos. Su porción suele ser menor por servicios cubiertos dentro de [la red médica](#).

Copago dentro de la red

Monto fijo (por ejemplo, de \$15) que usted paga por servicios médicos cubiertos a [proveedores](#) que tienen contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red médica suelen ser menores a [los copagos por servicios fuera de la red médica](#).

Mercado de seguro

Un mercado para [seguros médicos](#) donde las personas, familias y pequeñas empresas pueden obtener información sobre opciones de [planes](#); comparar planes de acuerdo al costo, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las

[primas](#) y los [costos compartidos](#) basado en sus ingresos, y elegir un plan e inscribirse. También conocidos como "intercambios". El Mercado es administrado por el estado en algunos estados y por el gobierno federal en otros. En algunos estados, el [Mercado de Seguros Médicos](#) también califica a los clientes para inscribirse en otros programas, como Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés). Disponible en línea, por teléfono o en persona.

Límite de gastos directos del bolsillo

Monto anual que el gobierno federal estipula como el máximo que se puede requerir a cada persona o familia que pague en [costos compartidos](#) durante el año del [plan](#) por servicios cubiertos dentro de [la red médica](#). Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) médicos y seguros. Este monto podría ser más alto que [el máximo directo del bolsillo](#) estipulado por su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios o materiales médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, infección u otros síntomas, incluyendo servicios de rehabilitación, y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

Cobertura esencial mínima

Cobertura médica que cumple con el [requisito de responsabilidad mínima](#). La cobertura esencial mínima suele incluir [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles en [el Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas del Mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otros tipos de cobertura.

Valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el [plan](#). Si se le ofrece un [plan](#) con un empleador que paga al menos 60% del total de los costos de beneficios cubiertos, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y usted podría no calificar para [créditos fiscales para el pago de primas](#) y [reducciones de los costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [Mercado de Seguros Médicos](#).

Red

Instalaciones, [proveedores](#) y suplidores que su seguro médico o [plan](#) han contratado para prestar servicios de salud.

Proveedor dentro de la red médica (proveedor

Un [proveedor](#) que tiene contrato con su [aseguradora médica](#) o [plan](#) que ha acordado prestar servicios a

miembros de un [plan](#). Usted pagará menos si acude a un [proveedor](#) dentro de la [red médica](#). También se denomina "proveedor preferido" o "proveedor participante".

Ortesis y prótesis

Prótesis de brazos, piernas y ortesis cervical; piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis de seno externas después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: ajuste, reparación y remplazo requeridos debido a una ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la situación física del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su porción (por ejemplo, 40%) del [cantidad permitida](#) por los servicios de salud cubiertos a [proveedores](#) del cuidado de la salud que no tienen contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro por servicios fuera de la red médica suele ser mayor al [coseguro dentro de la red médica](#).

Copago dentro de la red

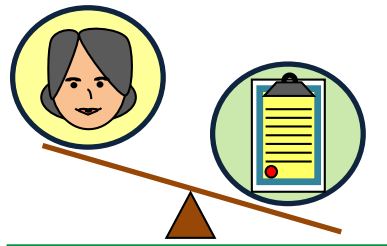
Monto fijo (por ejemplo, de \$30) que usted paga por servicios médicos cubiertos a [proveedores](#) que tienen contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). Los copagos por servicios fuera de la red médica suelen ser mayores al [coseguro dentro de la red médica](#).

Proveedor fuera de la red médica (proveedor no preferido)

[Proveedor](#) que no tiene contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red médica, por lo general usted pagará más por consultar a [un proveedor fuera de la red médica que por uno preferido](#). En su póliza se le explica cuáles podrían ser estos costos. También podría denominarse "no preferido" o "no participante" en lugar de "proveedor fuera de la red médica".

Límite de gastos directos del bolsillo

Lo más que usted podría pagar durante un periodo de cobertura (suele ser de un año) por su porción de los costos por servicios cubiertos. Después de que alcance este límite el [plan](#) usualmente pagará 100% del



Jane paga 0% Su plan paga 100%
(Consulte la página 6 para ver un ejemplo detallado)

[cantidad permitida](#). Este límite le ayuda a planificar sus costos para el cuidado de la salud. Este límite nunca incluye su [prima](#), [cargos de saldo](#) facturado ni atención médica no cubierta por su [plan](#). Algunos [planes](#) no cuentan todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos por servicios fuera de la red médica u otros gastos para aplicarlos a este límite.

Servicios prestados por un médico

Servicios de salud que presta o coordina un médico licenciado, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática.

Plan

Cobertura de salud proporcionada a usted directamente (plan individual) o por medio de un empleador, sindicato u otro grupo patrocinador (plan grupal de empleador) que brinda cobertura por algunos costos para el cuidado de la salud. También se denomina "plan de seguro de salud", "póliza", "póliza de seguro de salud" o "[seguro médico](#)".

Preautorización

Una decisión por parte de su aseguradora o [plan](#) que un servicio médico, plan de tratamiento, [medicamento recetado](#) o [equipo médico duradero \(DME\)](#) es [necesario](#). A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su [seguro médico](#) o [plan](#) podrían requerir preautorización por algunos servicios antes de que los reciba, excepto en casos de emergencia. La preautorización no es una garantía de que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

El monto que debe pagar su [seguro médico](#) o [plan](#). Usted o su empleador suelen pagarlo de forma mensual, trimestral o anual.

Crédito fiscal para las primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos a fin de ayudarle a usted y a su familia a pagar el [seguro médico](#) privado. Usted puede obtener esta ayuda si obtiene [seguro médico](#) por medio del [Mercado de Seguros Médicos](#) y su ingreso está por debajo de un nivel en particular. Los pagos por adelantado del crédito fiscal pueden utilizarse de inmediato para reducir los costos de sus [primas](#) mensuales.

Cobertura para medicamentos recetados

Cobertura dentro de un [plan](#) que ayuda a pagar por los [medicamentos recetados](#). Si la lista de [formulario](#) del plan utiliza niveles, los medicamentos recetados se agrupan por tipo o costo. El monto que usted pagará por [costos compartidos](#) será diferencia por cada nivel de [medicamentos recetados](#) cubiertos.

Medicamentos recetados

Los medicamentos y fármacos que según las leyes requieren una prescripción.

Atención preventiva (servicio preventivo)

Atención médica de rutina, como [exámenes generales](#), chequeos físicos y orientación al paciente con el fin de evitar o diagnosticar enfermedades u otros problemas de salud.

Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo M.D. (Doctor) o D.O. (Osteópata), un médico autorizado por la ley estatal, y los terminos del plan, para brindar, coordinar o ayudar al paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

Médico primario

Un médico, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática, enfermera especialista, especialista en enfermería clínica o asistente de médico, según esté permitido en las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o le ayuda a acceder a una gama de servicios médicos.

Proveedor

Persona o instalación que presta servicios médicos. Algunos ejemplos incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros de cirugía, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) podría requerir que el proveedor tenga licencia, esté certificado o esté acreditado, según lo dispongan las leyes estatales.

Cirugía reparadora

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos congénitos, accidentes, lesiones o infecciones médicas.

Referido

Una orden escrita de su [proveedor de atención primaria](#) para que acuda a un [especialista](#) o reciba un tipo en particular de servicio médico. En muchas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), necesitará un referido antes de poder recibir servicios médicos de alguien que no sea su [médico primario](#). Si no recibe un referido primero, el [plan](#) podría no pagar por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana que hayan perdido o que se hayan visto afectados debido a que la se enfermó, se lastimó o quedó discapacitada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos en el hospital/o ambulatorios.

Examen médico

Tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes cuyo fin es detectar la presencia de algo, por lo general realizados cuando no presenta síntomas o señales, ni tiene un historial médico de una enfermedad o infección.

Centro de enfermería especializada

Servicios realizados o supervisados por enfermeras licenciadas en su hogar o en una residencia de ancianos. La atención de enfermería especializada **no es** lo mismo que "servicios de atención especializada", que son servicios realizados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros licenciados) en su hogar o en una residencia de ancianos.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área específica de la medicina o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas o infecciones.

Medicamento especializado

Un tipo de [medicamento recetado](#) que, en general, requiere un control o manejo especial y evaluación continua por parte de un profesional médico, o que es relativamente difícil de despachar. Por lo general, los medicamentos especializados son los más costosos en la lista de [formulario](#) de un plan.

UCR (usual, habitual y razonable, en inglés)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica en base a lo que los [proveedores](#) en el área suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. El monto UCR a veces se utiliza para determinar el [cantidad permitida](#).

Atención de urgencia

Atención médica por una enfermedad, lesión o infección lo suficientemente seria que una persona en su sano juicio procuraría asistencia de inmediato, pero que no es tan grave como para requerir acudir [a la sala de emergencias](#).

Cómo comparten costos usted y su aseguradora - Ejemplo

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20%

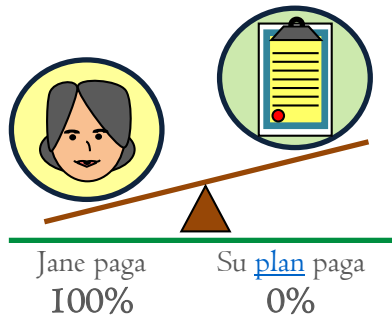
Límite de gastos directos del bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del periodo de cobertura

31 de diciembre

Fin del periodo de cobertura



Jane aún no ha terminado de pagar su deducible de \$1,500

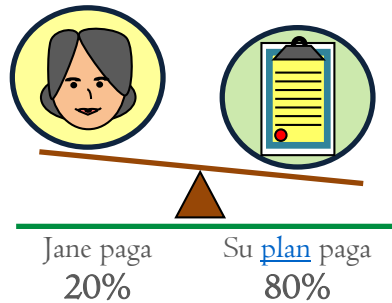
Su plan no paga ninguno de los costos.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→
más
costos



Jane termina de pagar su deducible de \$1,500, el coseguro comienza

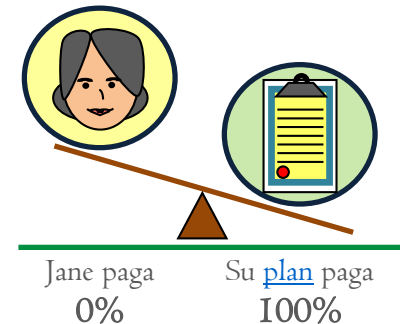
Jane acudió a su médico varias veces y pagó \$1,500 en total, llegando a cubrir su deducible. Así, su plan paga algunos de los costos de su próxima visita.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: 20% de \$125 = \$25

Su plan paga: 80% de \$125 = \$100

→
más
costos



Jane alcanza el límite de \$5,000 costos directos del bolsillo

Jane ha acudido al médico a menudo y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de sus servicios médicos cubiertos por el resto del año.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

Aviso de No-Discriminación

Aviso: Informando a los Individuos sobre los requisitos de no discrimen y acceso y la declaración de no discrimen: El Discrimen Esta En Contra De La Ley

Triple S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - Intérpretes certificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Oficina de Cumplimiento y Privacidad

P.O. Box 11320, San Juan, PR 00922-3260

Teléfono: (787) 620-1919 ext. 4183

Fax: (787) 706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Call the customer service number on your ID card for assistance.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке,
для помощи на русском языке.

العربية بالغة المساعدة على الحصول هويتك بطاقة على الموجود العملاء خدمة ب رقم ات صل

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

شما شناسایی کارت روی پرکه مشد تری خدمات شماره ۱، فارسی زبان به راهنمایی دریافت برای
بگ پریدت ماس است شده درج