



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?	Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$50 Individual / \$150 Familia. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿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	\$8 copago / visita	20% coseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Visita al especialista / subespecialista	\$10 copago / especialista \$15 copago / subespecialista	20% coseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones	20% coseguro, cubierto por reembolso	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere pre-certificación del plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% coseguro rayos X y laboratorios	20% coseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% coseguro	20% coseguro, cubierto por reembolso	PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza sujeto a pre-certificación. MRI, hasta uno (1) por año póliza.

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	Farmacias Preferidas 10% coaseguro mínimo \$5.00 / Farmacias No Preferidas 15% coaseguro mínimo \$10.00	No cubierto.	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 \$2,000.00, 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	Farmacias Preferidas 10% coaseguro, mínimo \$12.00 / Farmacias No Preferidas 15% coaseguro, mínimo \$15.00		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Farmacias Preferidas 15% coaseguro, mínimo \$20.00 / Farmacias No Preferidas 20% coaseguro, mínimo \$25.00		
	Medicamentos especializados	30% coaseguro hasta un máximo de \$200 copago		
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$75 copago / visita	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Cubierto al 100%	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$40 copago enfermedad aguda/ Nada por Enfermedad traumática o accidente / visita	\$40 copago en P.R. y 20% fuera de P.R.	Fuera de P.R. cubierta bajo Gastos Médicos Mayores. Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x.

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)	
	Transporte médico de emergencia	\$80 por viaje por reembolso	\$80 por viaje por reembolso	Cubierto a través de reembolso
	Atención de urgencia	\$25 copago	\$25 copago en P.R. y 20% fuera de P.R.	Fuera de P.R. cubierta bajo Gastos Médicos Mayores. Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$75 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.	20% coaseguro, cubierto por reembolso	Litotricia requiere pre-certificación.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$10 copago / terapia de grupo \$15 copago / visita (incluye colaterales)	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Servicios internos	\$75 copago / admisión \$75 copago / admisión parcial	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 copago	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Servicios de parto profesionales	Nada	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$75 copago / admisión	20% coaseguro, cubierto por reembolso	-----ninguna-----
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$15 copago	\$15 copago	40 visitas por año para Terapias Físicas Ocupacionales y del Habla. Requiere pre-certificación del plan.

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 rehabilitación	\$7 copago / terapia físicas y manipulaciones	20% coaseguro, cubierto por reembolso	Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año póliza.
	Servicios de habilitación	\$7 copago /terapia físicas y manipulaciones	20% coaseguro, cubierto por reembolso	Hasta 20 terapias físicas y manipulaciones combinadas por año póliza.
	Cuidado de enfermería especializada	Cubierto	20% coaseguro, cubierto por reembolso	Hasta 60 días por año, por asegurado. Requiere pre-certificación del plan.
	Equipo médico duradero	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores	Cubierto bajo Gastos Médicos Mayores hasta \$10,000 por año. Una vez alcanzado el primer nivel de cubierta, aplica un 40% de coaseguro. Requiere pre-certificación del plan.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores	Cubierto bajo Gastos Médicos Mayores bajo el programa Manejo Individual de Casos sujeto a los requisitos establecidos.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$10 de copago	No cubierto	Cubierto hasta uno por año, cubierta a través de Ivision International
	Anteojos para niños	\$18.00 de copago para Visión sencilla \$20.00 de copago para Bifocales \$36.00 de copago para Lentes de contacto \$18.00 de copago para Monturas	No cubierto	Una montura de la colección <i>Preferred</i> o un par de lentes de contactos por año a través de Ivision International, con un valor de hasta \$150.00, sin necesidad de reembolso. Este beneficio no aplica para la acumulación del límite de desembolso en efectivo.
	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](#).)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Aparatos Auditivos• Tratamiento de Infertilidad• Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none">• Hospicio• Cuidado Prolongado• Enfermeras Privadas | <ul style="list-style-type: none">• Programas de pérdida de peso• Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (Triple-S Natural)• Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado dental• Cuidado rutinario del pie | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado visual• Visitas al quiropráctico |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Sus derechos a continuar con su cobertura Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cobertura, 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](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$75
- Otro [copago](#) 30%

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](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$75
- Otro [coseguro](#) 30%

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](#) \$10
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$75
- Otro [coseguro](#) 30%

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.