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 (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Favor de leer la póliza de plan FEHB (RI 73-016) que contiene los terminos completos de este plan. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones incluidas en la póliza del plan FEHB. Los beneficios pueden variar si usted tiene otra cubierta, tal como Medicare. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede obtener la póliza del plan FEHB y ver una copia del glosario en www.ssspr.com o llamar a 787-774-6081 desde Puerto Rico y 1-800-716-6081 desde Islas Vírgenes de Estados Unidos para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No aplica	No tendrá que pagar deducibles para servicios específicos pero un copago o coaseguro puede aplicar.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$ 6,600 / Individual $ 13,200 / Pareja $ 13,200 / Familia	El límite de gastos de 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 del 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. Vea www.ssspr.com o llame al 787-774-6081 desde Puerto Rico ó 1-888-716-6081 desde USVI para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza proveedores dentro de la red. 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 medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para atenderse con un especialista?	No	Puede acudir al especialista de su preferencia 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 lo máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS / $7.50 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Consulta con un especialista	$0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS / $7.50 copago / especialista	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	$0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS / $1.00 copago / por prueba de laboratorio Nada / rayos-X	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	PET Scan y PET CT, sujeto a precertificación.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la póliza RI 73-016 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 lo máximo)	
Si necesita medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en https://salud.grupotriples.com/planes-medicos/empleado-federal/	Medicamentos genéricos	$2 de copago/ $4 de copago por correo	Cubre farmacias sólo en Estados Unidos o sus territorios por reembolso al asegurado. El asegurado será responsable de 25% de la tarifa establecida por Triple-S luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable.	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 preautorización del plan y el uso de terapia escalonada. • Productos especializados no están disponibles para 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	$20 de copago / $40 copago por correo		
	Medicamentos de marca no preferidos	20% coaseguro o $20 de copago, lo que sea mayor hasta un máximo de $125 / 20% coaseguro o $60 de copago, lo que sea mayor hasta $375, por correo		
	Medicamentos de especialidad	Especializado preferido 25% coaseguro o $200 de copago, lo que sea menor / Especializado no preferido 30% coaseguro o $300 de copago, lo que sea menor		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$25 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$25 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la póliza RI 73-016 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 lo máximo)	
	Transporte médico de emergencia	Nada. Cubierto por reembolso	Nada. Cubierto por reembolso	Usted paga el servicio y el plan le reembolsa todos los gastos
	Atención de urgencia	$0 copago por servicios recibidos en Clínicas de Urgencias SALUS / $10 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Ver atención en la sala de emergencias
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Litotricia requiere precertificación.

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 lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sevicios para pacientes ambulatorios	$7.50 copago / terapia de grupo $7.50 copago / visita (incluye colaterales)	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Servicios para pacientes hospitalizados	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$7.50 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Costos compartidos no aplican para los servicios preventivos. Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos a través del resumen de beneficios y cobertura (ej. ultrasonidos)
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la pólíza RI 73-016 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 lo máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	----------ninguna----------
	Servicios de rehabilitación	$10 copago /visita además de cualquier diferencia entre lo que el plan paga y la cantidad facturada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Hasta 60 terapias físicas y ocupacionales por condición, por año póliza. Usted paga el servicio y solicita reembolso.
	Servicios de habilitación	Ver servicios de Rehabilitación	Ver servicios de Rehabilitación	Ver servicios de Rehabilitación
	Atención de enfermería especializada	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Requiere precertificación del plan.
	Equipo médico duradero	25% coaseguro	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	Requiere precertificación del plan.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación.	No se cubre	----------ninguna----------
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$7.50 copago / visita	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la póliza RI 73-016 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 lo máximo)	
			cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	
	Anteojos para niños	Nada hasta la cantidad contratada. Asegurado es responsable de la cantidad que exceda.	Cubierto a través de reembolso hasta la tarifa contratada. Asegurado es responsable de la cantidad que exceda la tarifa contratada.	Un par de espejuelos o lentes de contacto anuales para asegurados hasta los 21 años de edad.
	Chequeo dental pediátrico	Nada	10 % **coaseguro**. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	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 FEHB o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Enfermeras Privadas
- Cirugía cosmética
- Cuidado Prolongado
- 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.)

- Aparatos auditivos hasta un máximo de $1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados
- Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidado rutinario del pie
- Cuidado visual (Adulto)
- Tratamiento de infertilidad
- Visitas al quiropráctico hasta 20 visitas de manipulaciones por año

Su derechos a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Consulte la póliza del Plan FEHB, comuníquese con su oficina de recursos humanos / sistema de jubilación, comuníquese con su plan al 787-774-6081 desde Puerto Rico y al 1-888-716-6081 desde las Islas Vírgenes de Estados Unidos o visite www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/. Generalmente, si pierde la cobertura según el plan, entonces, según las circunstancias, puede ser elegible para una extensión gratuita de cobertura de 31 días, una política de conversión (una política individual que

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la póliza RI 73-016 en www.ssspr.com.

no es de FEHB), cobertura de equidad de cónyuge o recibir cobertura temporal de continuación de la cobertura (TCC). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una quejas 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, consulte la Sección 3, "Cómo usted obtiene su cuidado médico" y la Sección 8 "Proceso de apelación sobre reclamaciones" en el folleto de su plan FEHB. Si necesita ayuda, puede comunicarse con: 787-774-6081 desde Puerto Rico y 1-888-716-6081 desde las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo Administración de Seguridad al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? **Sí**

La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros de Salud o otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si cumple los requisitos para determinados tipos de «cobertura mínima esencial», es posible que no tenga derecho a los créditos tributarios de la prima.

¿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: Inglés (English): To obtain assistance in English, call (787) 774-6081 or 1-800-981-3241 free of charge. (TTY/TDD) at 787-792-1370 or at 1-866-215-1999.

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 FEHB, la póliza RI 73-016 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 prenata dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de Especialista** **$7.50**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$0**
- **Otro copago** **$1**

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 hipotético	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$30
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$30**

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 Especialistas** **$7.50**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$0**
- **Otro coaseguro** **20%**

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 hipotético	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$400
Coaseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$600**

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de Especialista** **$7.50**
- **Hospital (instalaciones) copago** **$25**
- **Otro coaseguro** **20%**

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 hipotético	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$100
Coaseguro	$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$150**

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, puede reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades en Triple-S Salud. El número de teléfono gratuito es 866-788-6770 ó 787-793-8383, extensiones 3106 ó 3154.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan FEHB, la póliza RI 73-016 en www.ssspr.com.