



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. Favor de leer la póliza de [plan](#) PSHB (RI 73-930 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](#) PSHB. Los beneficios pueden variar si usted tiene otra cubierta, tal como Medicare. 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 obtener la póliza del [plan](#) PSHB y ver una copia del Glosario en www.ssspr.com o llamar a 787-474-5219 desde Puerto Rico y 1-833-201-9256 desde Islas Vírgenes de Estados Unidos para solicitar una copia.

| 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 coaseguro 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 ? | \$ 6,600 / Individual \$ 13,200 / Pareja \$ 13,200 / 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 del bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos generales de la familia. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , facturación de saldo , pagos por servicios no cubiertos por el plan , pagos por beneficios no esenciales, copagos / coaseguros por servicios prestados por proveedores fuera de la red y penalidades por no obtener una preautorización para servicios. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ? | Sí. Vea www.ssspr.com o llame al 787-474-5219 desde Puerto Rico ó 1-833-201-9256 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 ver a un especialista ? | No | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido . |

| 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 | \$0 Salus/ \$7.50 copago / visita | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Visita al especialista | \$7.50 copago / especialista | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | Es posible que tengas que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunta a tu proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego comprueba cuál es tu el plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$1.00 copago / por prueba de laboratorio Nada / rayos-X | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | PET Scan y PET CT, sujeto a precertificación. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en https://salud.grupotriple.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: <ul style="list-style-type: none"> • Estas cubiertas están sujetas a una Lista de Medicamentos • Genéricos como primera opción • Hasta 30 (detal) y 90 (por correo) días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$20 de copago / \$40 copago por correo | | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | 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 especializados preferidos | 25% coaseguro o \$200 de copago , lo que sea menor | | |

| 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) | |
| | Medicamentos especializados no preferidos | 30% coaseguro o \$300 copago , lo que sea menor | | <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos especializados no están disponibles para envío por correo, y se despachan por la red de farmacias especializadas contratada. |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$25 copago / visita | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$25 copago / visita | \$25 copago / visita | \$10 copago si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-X. |
| | 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 | \$10 copago / visita | \$10 copago / visita | Ver atención en la sala de emergencias |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | Litotricia requiere precertificación. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | \$7.50 copago / terapia de grupo \$7.50 copago / visita (incluye colaterales) | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Servicios internos | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$7.50 copago / visita | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | Costos compartidos no aplican para los servicios preventivos. Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios |

| 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) | |
| | | | | descritos a través del resumen de beneficios y cobertura (ej. ultrasonidos) |
| | Servicios de parto profesionales | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación 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% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación 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 |
| | Cuidado de enfermería especializada | Nada | 10% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | Requiere precertificación del plan. |
| | Equipo médico duradero | 25% coaseguro | 10% de cargos permitidos luego del coaseguro correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | Requiere precertificación del plan. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación. | No se cubre | -----ninguna----- |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$7.50 copago / visita | 10% de cargos permitidos luego del copago correspondiente y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada | -----ninguna----- |
| | 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% de cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación 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](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de la póliza PSHB de su [plan](#) para encontrar 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 (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [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

Sus derechos a continuar con su cobertura: Puede obtener ayuda si desea continuar con su cobertura después de que termine. Consulte la póliza del [Plan](#) PSHB, comuníquese con su oficina de recursos humanos / sistema de jubilación, comuníquese con su [plan](#) al 787-474-5219 desde Puerto Rico y al 1-833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de Estados Unidos o visite <https://health-benefits.opm.gov/PSHB/>. 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 no es de PSHB), cobertura de equidad de cónyuge o recibir cobertura temporal de continuación de la cobertura (TCC). Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de 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 para presentar quejas o apelaciones: Si no está satisfecho con una denegación de cobertura de las reclamaciones de su [plan](#), es posible que pueda [apelar](#). Para obtener información sobre sus derechos de [apelación](#), 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](#) PSHB. Si necesita ayuda, puede comunicarse con: 787-474-5219 desde Puerto Rico y 1-833-201-9256 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 esencial mínima? Sí

¿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: Inglés (English): To obtain assistance in English, call (787) 474-5219 or 1-833-201-9256 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 hipotética, consulte la próxima sección.—

Acerca de los ejemplos de



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 | \$7.50 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro copago | \$1 |

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 | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$30 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$30 |

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 | \$7.50 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro coaseguro | 20% |

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 | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| 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 visitas de seguimiento)

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

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 | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$50 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| 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.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) PSHB, la póliza RI 73-930 en www.ssspr.com.

Aviso de No-Discriminación

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística llame al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-474-5219, libre de costo 1-833-201-9256; (TTY / TDD) 787 792 1370; libre de costo 1 866 215 1999.

Concesionario independiente de la BlueCross BlueShield Association.