



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC), lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, usted puede acceder a [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llamar al (787) 774-6060. 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 consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-981-3241 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	No Aplica	No tendrá que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos, pero un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> puede aplicar.
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de desembolso máximo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por <a href="#">proveedores dentro de la red</a> - \$6,350 Individual / \$12,700 Familia.	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos generales</a> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , pagos por servicios no cubiertos por el <a href="#">plan</a> , pagos por beneficios no esenciales, <a href="#">copagos</a> / <a href="#">coseguros</a> por servicios prestados por <a href="#">proveedores fuera de la red</a> 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 menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Acceda <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> o llame al 1-800-981-3241 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

(DT - OMB número control: 1545-0047/Fecha Expiración: 12/31/2019) (DOL - OMB número control: 1210-0147/Fecha Expiración:5/31/2022) (HHS - OMB número control: 0938-1146/Fecha Expiración: 10/31/2022)

		algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a> .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) 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 lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 <a href="#">copago</a> / visita	No cubierto.	Servicio de Telemedicina (Teleconsulta MD) a través de consulta médica virtual, ilimitado. Aplica \$10.00 de <a href="#">copago</a> por consulta.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a> /subespecialista	\$18 <a href="#">copago</a> / <a href="#">especialista</a> \$20 <a href="#">copago</a> / subespecialista	No cubierto	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Nada para las pruebas diagnósticas Nada por inmunizaciones 20% <a href="#">coseguro</a> por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	No cubierto	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.  Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique que pagará su <a href="#">plan</a> por estos servicios.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	45% <a href="#">coseguro</a>	No cubierto.	Aplican las Redes Selective de laboratorios.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://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 lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	40% <a href="#">coaseguro</a>	No cubierto.	PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza sujeto a pre-certificación. MRI y CT, hasta uno (1) por año póliza.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	No cubierto	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	\$75 <a href="#">copago</a> / visita	\$75 <a href="#">copago</a> / visita	\$35 <a href="#">copago</a> si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar <a href="#">coaseguros</a> por <a href="#">pruebas diagnósticas</a> no rutinarias que no sean rayos-x.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Hasta \$80 / viaje	Hasta \$80 / viaje	Cubierto a través de reembolso.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Ver atención en la sala de emergencias	Ver atención en la sala de emergencias	Pueden aplicar coaseguros por <a href="#">pruebas diagnósticas</a> no rutinarias que no sean rayos-x.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales preferidos \$300 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales no preferidos	No cubierto	-----ninguna-----

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://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 lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas.	No cubierto	Litotricia requiere <a href="#">precertificación</a> .
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$5 <a href="#">copago</a> / terapia de grupo \$18 <a href="#">copago</a> / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales preferidos \$300 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales no preferidos \$50 <a href="#">copago</a> / admisión parcial	No cubierto	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$18 <a href="#">copago</a> / visita	No cubierto	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	No cubierto	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales preferidos \$300 <a href="#">copago</a> / admisión hospitales no preferidos	No cubierto	
	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://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 lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$15 <a href="#">copago</a> / terapias físicas y manipulaciones \$15 <a href="#">copago</a> / quiropráctico	Cubierto por reembolso sólo si la <a href="#">especialidad</a> no está disponible en la <a href="#">red de proveedores</a> , sujeto a 20% <a href="#">coaseguro</a>	Hasta 10 terapias físicas y manipulaciones combinadas por año póliza.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	<a href="#">Servicios de un programa de cuidados paliativos</a>	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una <a href="#">precertificación</a> .	No se cubre	-----ninguna-----
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen vista para niños	40% <a href="#">coaseguro</a>	No cubierto	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.
	Anteojos para niños	Cubierto por reembolso	Cubierto por reembolso	Cubierto a través de la cubierta básica hasta \$100 por año para montura y lentes de contactos. Este beneficio no aplica para la acumulación del <a href="#">límite de desembolso en efectivo</a> .
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos auditivos</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Cuidado de enfermera diestra</li><li>• Cuidado de salud en el hogar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental</li><li>• Cuidado prolongado</li><li>• Enfermeras privadas</li><li>• Equipo médico duradero</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de pérdida de peso</li><li>• Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li></ul>
<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural)</li><li>• Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado rutinario del pie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado visual</li><li>• Visitas al quiropráctico</li></ul>

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si usted no tuviera [Cobertura Esencial Mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si

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](#) a través de una cobertura de seguro individual.

### Servicio de acceso a idiomas: Spanish (Español):

Para obtener asistencia en Español, llame al 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

*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 **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).



**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 [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialistas](#) \$18
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$150
- Otros [coseguros](#) 45%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coaseguro</a>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$100
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,000</b>

**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](#) \$18
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$150
- Otros [coseguros](#) 45%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coaseguro</a>	\$60
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$4,500
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,760</b>

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialistas](#) \$18
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$150
- Otros [coseguros](#) 45%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coaseguro</a>	\$50
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$300
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$650</b>