



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="#">coaseguro</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> ?	No Aplica	Este <a href="#">plan</a> no tiene límite para sus desembolsos en efectivo.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso máximo</a> ?	No Aplica	Este plan no tiene límite de desembolso en sus gastos.
¿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 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> .

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)



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 \$10 <a href="#">copago</a> / visita generalista en SALUS	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	\$15 <a href="#">copago</a> / <a href="#">especialista</a> \$10 <a href="#">copago</a> / visita Pediatra en SALUS \$20 <a href="#">copago</a> / subespecialista	No cubierto	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	40% <a href="#">coaseguro</a> para las pruebas diagnósticas Nada por inmunizaciones 20% <a href="#">coaseguro</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)	40% <a href="#">coaseguro</a> 35% <a href="#">coaseguro</a> en SALUS	No cubierto.	-----ninguna-----
	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, hasta uno (1) por año póliza.

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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> .	Medicamentos genéricos	\$5 <a href="#">copago</a>	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 <a href="#">copago</a> y/o <a href="#">coaseguro</a> aplicable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta cubierta está sujeta a una Lista de Medicamentos.</li> <li>• Genéricos como única opción.</li> <li>• Medicamentos de marca no están cubiertos, excepto: Lista Suplementaria (Humulin, Synthroid y Glucagon)</li> <li>• Hasta 30 días al detal y 90 días de suplido o por correo para algunos medicamentos de mantenimiento.</li> <li>• Algunos medicamentos requieren <a href="#">precertificación</a> del <a href="#">plan</a>.</li> <li>• Luego de acumular \$1,000, aplicará un 90% <a href="#">coaseguro</a>, excepto los preventivos.</li> </ul>
	Medicamentos de Marca según <b>Lista Suplementaria (Synthroid, Humulin, Glucagon)</b>	\$15 <a href="#">copago</a>		
	Medicamentos para quimioterapia	Nada		
<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>	\$50 <a href="#">copago</a> / visita	\$50 <a href="#">copago</a> / visita	Nada 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)	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión	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	\$7 <a href="#">copago</a> / terapia de grupo \$15 <a href="#">copago</a> / visita (incluye colaterales)	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión \$50 <a href="#">copago</a> / admisión parcial	No cubierto	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 <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	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión	No cubierto	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	<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-----
	Examen vista para niños	40% <a href="#">coaseguro</a>	No cubierto	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.

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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	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	Nada	No cubierto	Cubierto bajo la cubierta dental hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.

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 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 dental</li><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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$100
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	35%

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>	\$100
<a href="#">Coaseguro</a>	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$600</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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$100
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	35%

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>	\$500
<a href="#">Coaseguro</a>	\$40
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$800
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,340</b>

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$100
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	35%

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>	\$40
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$200
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$540</b>