



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, [www.mapfre.pr](http://www.mapfre.pr) o llame al 1-800-981-3271. 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 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 1-800-981-3271 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	No aplica	Este plan no cuenta con un deducible general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	No aplica	Este plan no cuenta con un deducible general.
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$6,350 Individual / \$12,700 Familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros dependientes asegurados en el plan, el límite de desembolso máximo familiar debe ser cubierto en su totalidad.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, Cuidado de Salud no cubierto por el Plan, beneficios que no son esenciales.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.mapfre.pr">www.mapfre.pr</a> o llame al 1-800-981-3271 para una lista de proveedores dentro de la red.	Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la red del <a href="#">plan</a> . Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor</a> fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor</a> dentro de la red podría utilizar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> 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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$7 Generalista	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coseguro que aplique	-----ninguna-----  Usted podrá pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique que pagará su plan.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$15 Especialista \$20 Subespecialista		
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin Cargo		
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	40% coseguro	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coseguro que aplique	-----ninguna-----  Maximo 1 por año calendario . Estudio Pet & Resonancia Magnetica requiere pre certificación.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	40% coseguro		
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.mc-21.com</a> o llame al 1-866-653-2323	Medicamentos genéricos	\$5 farmacia local \$10 farmacia por correo	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coseguro que aplique	Bioequivalente mandatorio. 30 días de suplido farmacia local y 90 días de suplido par medicamentos de mantenimiento por correo. 15 días de suplido farmacia local para medicamentos de condicion aguda. No tienen repetición. Quimioterapia oral 40%. Aplica MDL. Aplica PDL. Medicamentos OTC \$1.00 según listado MAPFRE.
	Medicamentos de marcas preferidas	No cubierto		
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No cubierto		
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$125 / admisión	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coseguro que aplique	Requiere pre autorización. Aplica 40% procedimientos endoscópicos.  -----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin Cargo		
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$50 accidente visita \$50 enfermedad visita	\$50 accidente visita \$50 enfermedad visita	-----ninguna-----

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza [www.mapfre.pr](#) o llame al 1-800-981-3271]

	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Ambulancia terrestre hasta \$75 por viaje. Ambulancia aérea hasta \$5,000	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coaseguro que aplique	Ambulancia local, máximo \$300 por año calendario. Ambulancia aérea máximo \$5,000 por año calendario.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 accidente visita \$50 enfermedad visita		-----ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$125 / admisión	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coaseguro que aplique	Requiere pre autorización.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Sevicios ambulatorios	\$15 / copago	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coaseguro que aplique	-----ninguna-----
	Servicios internos	\$125 / admisión		Requiere pre autorización
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 Especialista \$20 Subespecialista	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coaseguro que aplique	-----ninguna-----
	Servicios de parto profesionales	\$125 admisión		
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$125 admisión		
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No cubierto		
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No cubierto		
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	No cubierto		
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No cubierto		
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No cubierto		
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Usted paga 100%. MAPFRE reembolsa de acuerdo a tarifas contratadas, menos copago o coaseguro que aplique	Un examen de refracción cada 12 meses hasta un máximo de \$25
	Anteojos para niños	Sin cargo		Un par de espejuelos o lentes de contacto cada 12 meses hasta un máximo de \$100
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo		Un examen oral cada 6 meses

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza [www.mapfre.pr](http://www.mapfre.pr) o llame al 1-800-981-3271]

## 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](#).)**

- |             |                           |                               |
|-------------|---------------------------|-------------------------------|
| • Audifonos | • Cirugía Cosmética       | • Cuidado a largo plazo       |
| • Enfermera | • Servicios fuera de EEUU | • Tratamiento de Infertilidad |

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

- |  |                      |                  |
|--|----------------------|------------------|
| • Acupuntura (servicios cubiertos por proveedores licenciados y contratados) | • Cirugía Bariátrica | • Podiatras      |
| • Cuidado Quiropráctico  | • MAPFRE Fit         | • Quiroprácticos |

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 1-866-444-EBSA (3272). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596\*\*

**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 más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: MAPFRE Life Insurance Company, Departamento de Reclamaciones, PO BOX 70297 San Juan PR 00936-8297, escriba a [grivances@mapfrepr.com](mailto:grivances@mapfrepr.com) o al fax 1-787-772-8813.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? No\*\*\***

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? No\*\*\***

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](#).

**\*\* El Mercado de Seguro Médico no aplica a Puerto Rico, por lo que el lenguaje relacionado al mismo no es aplicable a su póliza.**

**\*\*\*Esto no aplica a Puerto Rico**

## Servicios lingüísticos:

[English (Inglés): For assistance in English, call to 1-800-981-3271]

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza [www.mapfre.pr](http://www.mapfre.pr) o llame al 1-800-981-3271]

**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
- [Especialista](#) [costo compartido] \$15
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$125
- Otro [costo compartido] 40%

**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:**

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$420
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	-
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$820</b>

**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
- [Especialista](#) [costo compartido] \$15
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$125
- Otro [costo compartido] 40%

**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 \$7,400**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$4,080
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	-
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,080</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$15
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$125
- Otro [costo compartido] 40%

**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 \$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	-
Copagos	\$140
Coseguro	\$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	-\$
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$150</b>