



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?                          | Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - <b>\$50</b> Individual / <b>\$100</b> Familia. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.                                                                                                                                                                                                                              | Usted debe pagar los costos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad del <a href="#">deducible</a> , antes que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.                                                                                                                                                                                         |
| ¿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> - <b>\$6,350</b> Individual / <b>\$12,700</b> Familia.                                                                                                                                                                                                           | El <a href="#">límite a los gastos máximos del desembolso</a> 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 <a href="#">límites de gastos máximo del desembolso</a> hasta que se haya alcanzado el límite de gastos generales 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="#">coaseguros</a> por servicios prestados por <a href="#">proveedores fuera de la red</a> y penalidades por no obtener una <a href="#">precertificación</a> 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 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 [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 lo mínimo)                                                                                                                   | Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$10 <a href="#">copago</a> / visita<br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS                                                                         | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | -----ninguna-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a> / subespecialista                | \$15 <a href="#">copago</a> / <a href="#">especialista</a><br>\$15 <a href="#">copago</a> / subespecialista<br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS  | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | -----ninguna-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Nada para servicios preventivos por Ley Federal<br>Nada por otras inmunizaciones<br>20% <a href="#">coaseguro</a> por la vacuna para el virus sincitial respiratorio. | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | 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. |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de 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 se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Prueba diagnóstica</a><br>(radiografía, análisis de sangre)            | 25% <a href="#">coaseguro</a> / laboratorios y radiología<br>10% <a href="#">coaseguro</a> / pruebas diagnósticas<br>0% <a href="#">coaseguro</a> / laboratorios, radiología y pruebas diagnósticas en Clínicas SALUS | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica                                                      | -----ninguna-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 25% <a href="#">coaseguro</a><br>0% <a href="#">coaseguro</a> / en Clínicas SALUS                                                                                                                                     | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica                                                      | PET Scan y PET CT, sujeto a <a href="#">pre-certificación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>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                                                             | \$2 <a href="#">copago</a> / \$6 <a href="#">copago</a> por correo                                                                                                                                                    | 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. | Aplican las siguientes reglas:<br>• Genéricos como primera opción.<br>• Hasta 30 días al detal y 90 días de suplido o por correo para algunos medicamentos de mantenimiento.<br>• <a href="#">Productos especializados</a> y medicamentos para quimioterapia no están disponibles para envío por correo.<br>• Algunos medicamentos requieren <a href="#">precertificación</a> del <a href="#">plan</a> y el uso de terapia escalonada. |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca                                                              | 20% mínimo \$4 <a href="#">copago</a> / \$12 <a href="#">copago</a> por correo                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                                        | 20% mínimo \$50 máximo \$100 <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 / visita                                                                                                                                                                                                         | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica                                                      | -----ninguna-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Tarifas del médico/cirujano                                                        | Nada                                                                                                                                                                                                                  | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica                                                      | -----ninguna-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de 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 atención médica inmediata</b>                                            | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | \$50 <a href="#">copago</a> enfermedad / Nada por accidente / visita                                                                                                                                                                                                    | \$50 <a href="#">copago</a> enfermedad / Nada por accidente / visita                                                                                                   | Nada si es recomendado por <i>Teleconsulta</i>          |
|                                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | Hasta \$80 / viaje                                                                                                                                                                                                                                                      | Hasta \$80 / viaje                                                                                                                                                     | Cubierto a través de reembolso.                         |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$15 <a href="#">copago</a><br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS                                                                                                                                                                                    | \$15 <a href="#">copago</a><br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS                                                                                   | -----ninguna-----                                       |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$75 <a href="#">copago</a> / admisión hospital preferido<br>\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospital no preferido                                                                                                                                              | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | -----ninguna-----                                       |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                         | Nada                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | 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               | \$15 <a href="#">copago</a> / terapia de grupo<br>\$15 <a href="#">copago</a> / visita (incluye colaterales)<br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS                                                                                                   | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | -----ninguna-----                                       |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados             | \$75 <a href="#">copago</a> / admisión hospital preferido<br>\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospital no preferido<br>\$35 <a href="#">copago</a> / admisión parcial hospital preferido<br>\$75 <a href="#">copago</a> / admisión parcial hospital no preferido | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | -----ninguna-----                                       |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de 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 está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                | \$15 <a href="#">copago</a> / visita<br>\$0 <a href="#">copago</a> / visita en Clínicas SALUS                              | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | 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                                                                                                                       | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica |                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$75 <a href="#">copago</a> / admisión hospital preferido<br>\$150 <a href="#">copago</a> / admisión hospital no preferido | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 25% <a href="#">coaseguro</a>                                                                                              | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% <a href="#">coaseguro</a>                                                                              | Hasta 40 visitas por año para terapias físicas, ocupacionales y del habla. Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.                                                                    |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | \$5 <a href="#">copago</a> / terapias físicas<br>\$7 <a href="#">copago</a> / quiropráctico y manipulaciones               | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica | Hasta 15 terapias físicas por año póliza.<br>Hasta 15 manipulaciones por año póliza.                                                                                                              |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de 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)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |
|                                                      | <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>            | Nada                                                                                 | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                                            | Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.                                                                               |
|                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 25% <a href="#">coaseguro</a>                                                        | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% <a href="#">coaseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                     | Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.                                                                                                                      |
|                                                      | <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-----                                                                                                                                                        |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen vista para niños                                         | 10% <a href="#">coaseguro</a>                                                        | Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> de la cubierta básica                                                                                                                                                        | Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.                                                                                                                |
|                                                      | Anteojos para niños                                             | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios                                    | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cubierto hasta \$100 cada 2 años 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                                                                                 | Triple-S Salud reembolsará a la persona asegurada la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y lo que se hubiese pagado a un proveedor participante en Puerto Rico por el mismo servicio, de acuerdo a las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar los <a href="#">coaseguros</a> aplicables. | Cubierto bajo la cubierta dental hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.                                                                                             |

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

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía cosmética
- Cuidado prolongado
- Enfermeras privadas
- Programas de pérdida de peso
- Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos
- Tratamiento de infertilidad

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 (cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores)
- Acupuntura (cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)
- Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan
- Cuidado dental
- Cuidado rutinario del pie
- Cuidado visual
- MiConsultaMD, servicio de consulta virtual en localidades Care Stations. No paga nada por consulta.
- Servicio de telemedicina a través de TeleconsultaMD; consultas médicas virtuales ilimitadas. Aplica \$10 de copago por consulta.
- Visitas al quiropráctico

**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 La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿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): Dinekehgo 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 **0.02** 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 obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de 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>             | \$75 |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 25%  |

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:

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200        |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$400        |
| Lo que no está cubierto            |              |
| 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>             | \$75 |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 25%  |

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:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$50           |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$800          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,050</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>             | \$75 |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 25%  |

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:

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$50         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300        |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$80         |
| Lo que no está cubierto            |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$430</b> |