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

(Número de control del HHS y de la OMB: 0938-1146 / Fecha de vencimiento: 05/31/2026)

¿Necesita un referido para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$5 copago / visita $0 copago / visita en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------
	Consulta con un especialista / subespecialista	$10 copago / especialista $10 copago / subespecialista $0 copago / visita en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 20% coaseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere precertificación 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 plan por estos servicios.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	25% coaseguro 0% coaseguro / laboratorios, radiología y pruebas diagnósticas en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	25% coaseguro 0% coaseguro / en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	PET Scan y PET CT, sujeto a precertificación.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.ssspr.com.	Medicamentos genéricos	$5 copago / $10 copago por correo	Cubre farmacias sólo en Estados Unidos. Triple-S rembolsará al asegurado el 75% de la tarifa establecida para una farmacia de la red luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable.	Aplican las siguientes reglas: • Esta cubierta está sujeta a una Lista de Medicamentos. • Genéricos como primera opción. • Hasta 30 días al detal y 90 días de suplido o por correo para algunos medicamentos de mantenimiento. • Productos especializados y medicamentos para quimioterapia no están disponibles para envío por correo. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos	$10 copago / $20 copago por correo		
	Medicamentos de marca no preferidos	$15 copago / $30 copago por correo		
	Medicamentos especializados preferidos	20% máximo $100 copago		
	Medicamentos especializados no preferidos	20% máximo $100 copago		
	Medicamentos para quimioterapia	0%		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$25 copago / visita	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro 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 copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en 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)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$50 copago / visita	$50 copago / visita	$25 copago si es recomendado por *Teleconsulta*.
	Transporte médico de emergencia	Hasta $80 / viaje	Hasta $80 / viaje	Cubierto a través de reembolso.
	Atención de urgencia	$15 copago / visita 0% coaseguro / en Clínicas SALUS	$15 copago / visita 0% coaseguro / en Clínicas SALUS	----------ninguna----------
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$25 copago / admisión hospital preferido $50 copago /admisión hospital no preferido	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro 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 copago o coaseguro de la cubierta básica	Litotricia requiere precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$10 copago / terapia de grupo $10 copago / visita (incluye colaterales) $0 copago / visita en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------
	Servicios para pacientes hospitalizados	$25 copago / admisión hospital preferido $50 copago /admisión hospital no preferido $25 copago / admisión parcial hospital preferido $50 copago / admisión parcial hospital no preferido	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	----------ninguna----------

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en 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)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$10 copago / visita $0 copago / visita en Clínicas SALUS	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro 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 copago o coaseguro de la cubierta básica	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	$25 copago / admisión hospital preferido $50 copago /admisión hospital no preferido	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	25% coaseguro	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro	Hasta 40 visitas por año para terapias físicas, ocupacionales y del habla. Requiere precertificación del plan.
	Servicios de rehabilitación	$7 copago / terapias físicas y manipulaciones $7 copago / quiropráctico	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	Hasta 15 terapias físicas por año póliza. Hasta 15 manipulaciones por año póliza.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en 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)	
	Servicios de habilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación
	Atención de enfermería especializada	Nada	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios.	Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere precertificación del plan
	Equipo médico duradero	25% coaseguro	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro	Requiere precertificación del plan
	Servicios de un programa de cuidados paliativos	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación.	No se cubre	----------ninguna----------
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista		25% coaseguro	Cubierto por reembolso al 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, descontando el copago o coaseguro de la cubierta básica	Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	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 coaseguros aplicables.	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.

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
- Espejuelos
- 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).

- Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural)
- Aparatos auditivos (cubiertos 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. 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 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 o visite 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): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo 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 más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ssspr.com.

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

El deducible general del plan	**$0**
Copago de Especialistas	**$10**
Hospital (establecimiento) copago	**$25**
Otros coaseguros	**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)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$30
Coaseguro	$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$430**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	**$0**
Copago de Especialistas	**$10**
Hospital (establecimiento) copago	**$25**
Otros coaseguros	**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)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coaseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$500**

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

El deducible general del plan	**$0**
Copago de Especialistas	**$10**
Hospital (establecimiento) copago	**$25**
Otros coaseguros	**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)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coaseguro	$90
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$390**

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.