



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, puede llamar al **1-888-787-0099** o al **787-756-5971**. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario llamando al **1-888-787-0099** o al **787-756-5971** para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0.00 | Consulte la tabla de beneficios para ver los costos que cubre este plan. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | No aplica | No tendrá que pagar deducibles para servicios específicos, sin embargo, puede aplicar un copago o coaseguro. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No aplica | Ninguna |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Gasto Máximo de Bolsillo: N/A Individual N/A Familiar | Este es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Una vez cubra este máximo de bolsillo, no tendrá que pagar ningún copago o coaseguro. Si tiene otros miembros de la familia en esta cubierta, de igual forma deben completar su propio gasto máximo hasta que se cubra el gasto de familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas, pagos por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios de proveedores fuera de la Red. | Aunque usted pague por estos servicios, los mismos no cuentan para el Gasto Máximo de Bolsillo. |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Si, puede consultar nuestro directorio de proveedores en auxiliosaludplus.com | El Plan utiliza una Red de Proveedores preferida y Red de Proveedores no preferida. Si usted acude a un proveedor dentro de nuestra red preferida paga menos que los no preferidos. Usted pagara más si el proveedor al que acude se encuentra fuera de nuestra Red completa de proveedores. |
| ¿Necesita un referido para atenderse con un especialista ? | No | Para acudir a un especialista deberá tener un referido de su médico primario. Para efectos de nuestro Plan, consideramos las siguientes especialidades como médicos primarios: Generalista, Medicina de Familia, Internista, Pediatras, Ginecólogos/ Obstetra. |



Todos los **copagos** y el **coaseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno. <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/- deductible>

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$5.00 Red No preferida \$0.00 Copago en la Clínica de ASP | No Cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un especialista | \$15 Copago | No Cubierto | No debe tener un referido de su médico primario |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | \$0.00 Copago / Coaseguro 50% Coaseguro para la vacuna contra el virus respiratorio sincitial. | No Cubierto | La vacuna contra el virus respiratorio sincitial requiere precertificación del plan. Auxilio Salud Plus administra su cubierta de beneficios conforme al Patient Protection and Affordable Care Act (P.L. 111-148) y Health Care and Education Affordability Act of 2010 (P.L. 111-152) y sus reglamentos interpretativos. |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 30% Coaseguro Red No preferida 0% Coaseguro Red Preferida | No Cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% Copago Red Preferida 15% Coaseguro Red No preferida | No Cubierto | PET Scan y PET CT uno (1) por año contrato por suscriptor. MRI, CT SCAN uno (1) por región anatómica. Requieren precertificación. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| 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.[insert].com | Beneficio máximo \$1,500 por contrato. | Luego del beneficio máximo aplica 80% de coaseguro. | | |
| | Medicamentos genéricos | \$8.00 Copago | No Cubierto | <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos/bioequivalentes como primera opción • Esta cubierta está sujeta a una lista de medicamentos. • Medicamentos de mantenimientos: Despacho inicial de treinta (30) días y cinco (5) repeticiones, con suplidos de treinta (30) días cada repetición para un total de ciento ochenta (180) días de suplido. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. |
| | Medicamentos de marca preferidos | 40% min. \$25.00 | No Cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | 50% Coaseguro | No Cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad | 50% Coaseguro | No Cubierto | |
| | | | Despacho solamente en farmacias participantes del Programa de Medicamentos Especializados. | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% Coaseguro Red No Preferida 20% Red Preferida | No Cubierto | Los servicios prestados en una facilidad ambulatoria que puedan ser provistos en una oficina médica no estarán cubiertos. Servicios requieren precertificación. |
| | Tarifas del médico/cirujano | \$15.00 Copago / Coaseguro | No Cubierto | Ninguna |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Enfermedad \$50.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida \$25.00 Red Preferida Enfermedad | Enfermedad \$50.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida | Coaseguro puede aplicar para pruebas diagnósticas no rutinarias. |
| | Transporte médico de emergencia | \$0.00 Servicio de ambulancia a través del sistema 911. De forma privada está cubierto por reembolso hasta un máximo de \$80.00 por caso. | Por reembolso hasta un máximo de \$80.00 por viaje. | Cubierto a través de reembolso |
| | Atención de urgencia | Enfermedad \$50.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida \$25.00 Red Preferida Enfermedad | Enfermedad \$50.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida | Coaseguro puede aplicar para pruebas diagnósticas no rutinarias. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$150.00 Copago Red No Preferida \$0 en la Red Preferida | \$150.00 Copago Red No Preferida | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | \$15.00 Copago / Coaseguro | No Cubierto | Ninguna |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$15.00 Coaseguro en terapias de grupos, Psicólogos y Psiquiatras. | No Cubierto | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$75.00 Copago en Hospitalización Parcial | No Cubierto | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$15.00 Copago | No Cubierto | Ninguna |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | \$150.00 Copago | No Cubierto | Ninguna |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$150.00 Copago | No Cubierto | Ninguna |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 30% Coaseguro | No Cubierto | Hasta 40 visitas por año por suscriptor. Requiere precertificación. Ver detalles en cubierta. |
| | Servicios de rehabilitación | \$7.00 Copago | No Cubierto | 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas bajo un límite combinado por año contrato por persona cubierta. Terapias del Habla, ocupacionales y leguaje no están cubiertos, excepto en pacientes con Autismo. |
| | Servicios de habilitación | \$7.00 Copago | No Cubierto | 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas bajo un límite combinado por año contrato por persona cubierta. Terapias del Habla, ocupacionales y leguaje no están cubiertos, excepto en pacientes con Autismo. |
| | Atención de enfermería especializada | \$150 Copago | No Cubierto | 120 días por año por suscriptor. Requiere precertificación. Ver detalle en cubierta. |
| | Equipo médico duradero | 30% Coaseguro | No Cubierto | Requiere precertificación. Ver detalles en la cubierta. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | No Cubierto | No Cubierto | No Cubierto |
| | Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | \$0 Copago | No Cubierto |
| Anteojos para niños | | Cubierto | No Cubierto | Limitado a un (1) par de espejuelos por año hasta los 21 años. |
| Control dental para niños | | \$0 Copago | No Cubierto | 2 exámenes dentales y limpiezas por año. Tratamiento de fluoruro cubierto hasta los 21 años. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971

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](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Servicios prestados mientras la cubierta no esté vigente• Servicios Ocupacionales• Gastos ocasionados por servicio militar• Servicios prestados por profesionales no médicos o los no indicados en la cubierta | <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos o tratamientos experimentales• Gastos o tratamientos cosméticas• Servicios de anestesia epidural durante el parto• Asistencia Quirúrgica• Implantes y/o Prótesis• Servicios para subir o bajar de peso | <ul style="list-style-type: none">• Equipos auditivos• Tratamientos de Infertilidad• Servicios fuera de los Estados Unidos que no sean de emergencias o no cubiertos.• Cámara Hiperbárica |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía Bariátrica (Requiere Precertificación)• Auxilio Centro de Cáncer• Auxilio Centro de Radioterapia• Ambulancia Aérea• Laboratorio y Rayos X | <ul style="list-style-type: none">• Auxilio Control de peso para niños y adultos• Clínica de Nutrición• Farmacia• Quiropráctico• Terapia Física | <ul style="list-style-type: none">• Auxilio Programa de Educación en diabetes• Examen Físico Anual para niños y adultos• Dental |
|---|---|---|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, B5 Calle Tabonuco, Suite 216, PMB 356, Guaynabo, PR 00968-8686, Teléfono 787-304-8686; Oficina del Procurador del Paciente PO Box 11247, San Juan, PR 00910-2347, Teléfono 787-977-0909. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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 Auxilio Salud Plus al: 1-888-787-0099 / 787-756-5971

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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? Sí

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](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-787-0099 / 787-756-5971

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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 |
| ■ Especialistas copago | \$10 |
| ■ Hospital (establecimiento) copago | \$25 |
| ■ Otros coaseguros | 50% |

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 | \$245 |
| Coseguro | \$635 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Peg pagaría es | \$940 |
|------------------------------------|--------------|

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 |
| ■ Especialistas copago | \$10 |
| ■ Hospital (establecimiento) copago | \$25 |
| ■ Otros coaseguros | 50% |

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 | \$180 |
| Coseguro | \$420 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Joe pagaría es | \$660 |
|------------------------------------|--------------|

Fractura simple de Mía

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

| | |
|---|------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialistas copago | \$10 |
| ■ Hospital (establecimiento) copago | \$25 |
| ■ Otros coaseguros | 50% |

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 | \$120 |
| Coseguro | \$390 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$65 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Mia pagaría es | \$575 |
|------------------------------------|--------------|

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza llamando al 1-888-787-0099 o 787-756-5971