



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. Uste 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](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	\$10.00 Red No preferida \$0.00 Copago en la Clínica de ASP	No Cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$18 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)	40% 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)	40% Copago Red Preferida 20% 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 \$1,200 por contrato.	Luego del beneficio máximo aplica 80% de coaseguro.		
	Medicamentos genéricos	\$10.00 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. \$50.00	No Cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% Coaseguro	No Cubierto	
	Medicamentos de especialidad	50% Coaseguro	No Cubierto	
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	\$18.00 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 \$75.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida \$35.00 Red Preferida Enfermedad	Enfermedad \$75.00 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 \$75.00 o Accidente \$0.00 Red No Preferida \$35.00 Red Preferida Enfermedad	Enfermedad \$75.00 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)	\$250.00 Copago Red No Preferida \$0 en la Red Preferida	\$250.00 Copago Red No Preferida	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	\$18.00 Copago / Coaseguro	No Cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$18.00 Coaseguro en terapias de grupos, Psicólogos y Psiquiatras.	No Cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$125.00 Copago en Hospitalización Parcial	No Cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$18.00 Copago	No Cubierto	Ninguna
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$250.00 Copago	No Cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250.00 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	\$15.00 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	\$15.00 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	\$250 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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$245
Coseguro	\$635
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$180
Coseguro	\$420
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$390
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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