



Esto es solo un resumen. Si deseas más detalles sobre tu cobertura y costos, puedes obtener los términos completos de la póliza en las oficinas del Plan, web::www.planbienestarutm.org o llamando al (787) 268-0404.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
Cual es el deducible general?	\$9,450 Individual / \$18,900 familiar No aplica a medicina preventiva	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utiliza. Consulte el documento de su póliza o plan para ver cuando <u>comienza el nuevo deducible</u> (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Si, para medicamentos recetados No no hay otros deducibles específicos.	Debes pagar todos los costos de estos servicios.
<u>¿Existe un límite de gastos de mi bolsillo?</u>	Sí. Para proveedores participantes \$9,450 persona / \$18,900 familia Para proveedores no participantes \$9,450 persona / \$18,900 familia	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
Lo que no está incluido en <u>¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo?</u>	Primas familiares, facturadas con saldo cargos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso.
<u>¿Existe un límite anual general sobre lo que paga el plan?</u>	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas al consultorio.
<u>¿Este plan utiliza una red de proveedores?</u>	Sí. Ver www.planbienestarutm.org o llame al 787.268.0404 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si el participante acude a un proveedor no participante y completa el Formulario de reembolso, recibirá un reembolso basado en la tarifa que el Plan paga a un proveedor participante.
<u>¿Necesito una referido para ver a una especialista?</u>	Sí. Necesita una referido para ver a un especialista.	Puedes ver al especialista que elijas sin el permiso de este plan.
<u>¿Hay servicios que este plan no cubre?</u>	Si.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 4. Consulte el documento de su póliza o plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llama al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org


Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

Plan de Bienestar UTM-PRSSA: Plan Opción 1

Resumen de Cubierta y Beneficios: Que es lo que cubre este Plan y Cuales son sus costos

Periodo de Cubierta 01/01/2024 – 12/31/2024

Cubierta para: Individual + Conyuge | Tipo de Plan: PPO

- 
- ⌚ Los copagos son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, normalmente cuando recibe el servicio.
 - ⌚ El coseguro es su participación en los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido del plan para una estadía nocturna en el hospital es de \$1,000, su pago de coseguro del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si no ha alcanzado su deducible.
 - ⌚ La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la cantidad permitida. Si un proveedor fuera de la red cobra más que el monto permitido, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por pasar la noche y el monto permitido es \$1,000, es posible que usted tenga que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama facturación del saldo).
 - ⌚ Este plan puede alentarle a utilizar proveedores participantes al cobrarle deducibles, copagos y coseguros más bajos.

Evento Médico Común	Servicios que Usted puede Necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Límites y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica.	Visita a atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0 copago/visita	Consulte la sección ¿Este plan?	
	Visita especialista /subespecialista	\$15/\$20 de copago/visita	Consulte la sección ¿Este plan?	
	Visita al consultorio de otro profesional	\$7 Quiropráctica \$7 Acupuntura	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores? Consulte ¿Tiene este plan	21 visitas al año al quiropráctico 6 visitas al año a la acupuntura
	Atención preventiva/detección/vacunas	Sin cargo	¿Usa una red de proveedores?	
Si tiene alguna prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	15% copago/prueba	Consulte la sección ¿Este plan?	
	Imágenes (CT/PET scans, MRI)	15%/20% copago/prueba	Consulte la sección ¿Este plan?	

Preguntas: Llama al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

Plan de Bienestar UTM-PRSSA: Plan Opción 1

Periodo de Cubierta 01/01/2024 – 12/31/2024

Resumen de Cubierta y Beneficios: Que es lo que cubre este Plan y Cuales son sus costos

Cubierta para: Individual + Conyuge | Tipo de Plan: PPO

Evento Médico Común	Servicios que Usted puede Necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Límites y excepciones
Si necesitas medicamentos para tratar su enfermedad o condicion Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.planbienestarutm.org	Medicamentos genéricos	\$6 copago/ prescripción (Venta al por menor)	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta de minorista)
	Medicamentos de marca preferidos	\$11 de copago/ prescripción (Venta al por menor)	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
	Medicamentos de marcas no preferidas.	\$18 copago/ prescripción (Venta al por menor)	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
	Medicamentos especializados	20% Sobre \$500	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
Si tienes cirugía ambulatoria	Tarifa de facilidades(p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$75 Copago	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
	Honorarios del médico o cirujano	\$0	Consulte ¿Tiene este plan?	
Si necesitas atención medica inmediata	Servicios de sala de emergencia	\$50 Copago	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Transporte médico de emergencia	\$100/ Incidente	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Atención de urgencias	\$50 Copago	Consulte ¿Tiene este plan?	
Si tienes una estadia hospitalaria	Tarifa de facilidad (ej., habitación de hospital)	\$75 Copago	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Honorarios de médico / cirujano	\$0	Consulte ¿Tiene este plan?	

Preguntas: Llama al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

Plan de Bienestar UTM-PRSSA: Plan Opción 1

Periodo de Cubierta 01/01/2024 – 12/31/2024

Resumen de Cubierta y Beneficios: Que es lo que cubre este Plan y Cuales son sus costos

Cubierta para: Individual + Conyuge | Tipo de Plan: PPO

Evento Médico Común	Servicios que Usted puede Necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor No participante	Limitaciones y excepciones
Si tiene necesidades de salud mental, comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conducta	\$15 copago/oficina	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
	Servicios de salud mental/conducta para pacientes internados	\$20 copago/oficina visita Psiquiatra		
	Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias	\$75 Copago	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por uso de sustancias	\$15 copago/oficina Psicologo-\$20 copago/oficina Psiquiatra	Consulte ¿Este plan usa una red de proveedores?	
Si estas embarazada	Atención prenatal y posnatal	\$75 Copago	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Parto y los servicios para pacientes hospitalizados.	\$20 copago/oficina	Consulte ¿Tiene este plan?	
Si necesitas ayuda recuperandote o tiene otra necesidad especial de salud	Cuidado de la salud en el hogar	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Servicios de rehabilitación	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Servicios de habilitación	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Cuidado de enfermería especializada	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Equipo médico duradero	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
	Servicio de hospicio	N/A	Consulte ¿Tiene este plan?	
Si su hijo(a) necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista	\$20 copago/ visita	Consulte ¿Tiene este plan?	Limitado a un examen por año.
	Lentes o Espejuelos	\$150 por año	Consulte ¿Tiene este plan?	Limitado a un par de Espejuelos por año.
	Chequeo dental	No Cargo	Consulte ¿Tiene este plan?	(1) Uno cada 6 meses

Preguntas: Llama al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su póliza o plan para conocer otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o el documento del plan para conocer otros servicios cubiertos y sus costos para estos).

- Acupuntura (si se prescribe con fines de rehabilitación)
- Cuidado quiropráctico.
- Audífonos

Sus derechos para continuar la cobertura:

** Muestra de seguro de salud individual –

Las leyes federales y estatales pueden brindar protecciones que le permitan mantener esta cobertura de seguro médico siempre que pague su prima. Sin embargo, existen excepciones, como por ejemplo:

- Usted comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la aseguradora al **(787) 268-0404**. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado en la Oficina Comisionado de Seguros de P.R al 1-888-722-8686 o al 787-304-8686.

Sus derechos de queja y apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para reclamos según su plan, es posible que pueda apelar o presentar una queja. Para preguntas sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Sr. Wilfredo García Burgos (Director Ejecutivo) 787.268.0404 ext.248.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura mínima esencial?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que califique como “cobertura mínima esencial”. Este plan o póliza no proporcionar cobertura mínima esencial

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. El valor mínimo estándar es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda**

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente página.*—————

Preguntas: Llame al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

** Muestra de cobertura de salud grupal –

- Si pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden brindar protecciones que le permitan conservar la cobertura médica. Cualquiera de estos derechos puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una prima, que puede ser significativamente más alta que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones a sus derechos para continuar con la cobertura.
- O**

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al **(787) 268-0404**. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de los EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Acerca de estas Coberturas Ejemplos:

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir la atención médica en situaciones determinadas. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un paciente de muestra si está cubierto por diferentes planes.



Esta no es una estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para estimar sus costos reales según este plan. La atención real que reciba será diferente de estos ejemplos y el costo de esa atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- Plan paga: \$5,490
- Paciente paga: \$75

Ejemplos de costos de atención:

Gastos del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Gastos de hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Exámenes de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros preventivos	\$40
Total	\$7,540

Paciente paga:

Deducibles	\$75
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o excepciones	\$0
Total	\$75

Manejo de la diabetes tipo 2 (mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$4,100
- Plan paga: \$2,775
- Paciente paga: \$480

Ejemplos de costos de atención:

Recetas	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$0
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Exámenes de laboratorio	\$100
Vacunas, otros preventivos	\$100
Total	\$4,100

Paciente paga:

Deducibles	\$60
Copagos	\$420
Coseguro	\$0
Límites o excepciones	\$0
Total	\$480

Nota: Estos números suponen que el paciente participa en nuestro programa de bienestar para la diabetes. Si tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos pueden ser mayores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar para la diabetes, comuníquese al: (787) 268-0404.

Preguntas: Llame al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el

Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia

Preguntas y respuestas acerca de los Ejemplos de Cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos detrás de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen primas.
- Los ejemplos de costos de atención se basan en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no fue una condición excluida o preexistente
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo periodo de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para cualquier miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de proveedores dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido mayores.

¿Qué significa un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo se pueden sumar los deducibles, copagos y coseguros. También le ayuda a ver qué gastos podrían tener que pagar usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿Predice el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

✘ **No.** Los tratamientos mostrados son sólo ejemplos. La atención que recibiría para esta afección podría ser diferente según el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son estimadores de costos. No puede utilizar los ejemplos para estimar los costos de una condición real. Son sólo para fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobran sus proveedores y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo utilizar Ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Si.** Al consultar el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, verifique el Cuadro "El paciente paga" en cada ejemplo. Cuanto menor sea ese número, más cobertura brindará el plan.

¿Existen otros costos que debería considerar al comparar planes?

✓ **Si.** Un costo importante es la prima que usted paga. Generalmente, cuanto menor sea su prima, más pagará en costos de bolsillo, como copagos, deducibles y coseguros. También debe considerar las contribuciones a cuentas como cuentas de ahorro para la salud (HSA), acuerdos de gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llama al (787) 268-0404 o visítanos en www.planbienestarutm.org

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.planbienestarutm.org o llamar al (787) 268-0404 para solicitar una copia