

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

SERVICIO	CANTIDAD
Deducible Anual	\$0
Generalistas	\$10.00
Especialistas	\$15.00
Subespecialistas	\$15.00
Laboratorios y Rayos X	35%
Pruebas Especializadas	40%
Sala de Emergencia	\$40.00
Hospitalización	\$150.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Medicamentos (Formulario)	
Nivel 1 (Medicamentos Genericos)	\$10.00
Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos)	50%
Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos)	50%
Nivel 4 (Medicamentos Especializados)	50%
Gasto del Bolsillo (MOOP)	
Individual	\$6,350.00
Familiar	\$12,700.0

*Este deducible aplica cuando recibe servicios dentro de la Red de Proveedores afiliados al Sistema de Salud Bella Vista.

NOTA:

Este folleto representa un resumen de los beneficios y las condiciones de la Cubierta Pago Directo ORO HMO del Plan Médico SSBV, Inc. Existen una serie de limitaciones y exclusiones generales que no se representan en este folleto. Su propósito es de carácter informativo únicamente. Su contenido esta sujeto a las disposiciones de la Cubierta.

Horario:
Lunes - Jueves
8:00 a.m. - 5:00 p.m
Viernes
8:00 a.m. - 4:00 p.m

Por eso confío en mi plan.



EL PLAN MÉDICO DEL OESTE

770 Avenida Hostos Suite 208
Edificio Policlínica Bella Vista
Mayagüez, PR 00682-1538

Teléfono 787-833-8070
Fax 787-832-5400

 planmedicobellavista.com



ESCANEA CON TU SMARTPHONE

FICMPDOHMO 01-17



RESUMEN DE CUBIERTA
PAGO DIRECTO
ORO HMO
2017



Cubierta ORO HMO

El Plan Médico SSBV, Inc. es una organización para el mantenimiento de la salud cuyo propósito es la prevención de enfermedades y mantener en buen estado de salud a nuestros suscriptores a través del Programa de Cuidado Dirigido (HMO). Este programa ha sido desarrollado en cumplimiento de la Ley Affordable Care Act (ACA).

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV?

El suscriptor deberá seleccionar un médico de cuidado personal, el cual estará disponible a través del Programa de Medicina de Familia adscrita al Hospital Bella Vista y/o la Policlínica Bella Vista. Todos los servicios provistos bajo esta cubierta deben ser referidos por el médico de cuidado personal de su elección.

Su médico de cuidado personal es el principal facilitador para que disfrute de todos los servicios que están incluidos bajo este programa de cuidado coordinado.



SERVICIOS ESENCIALES

- Servicios ambulatorios.
- Servicios de emergencia.
- Hospitalización.
- Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos.
- Servicios de salud mental y de desordenes por el uso de sustancias controladas.
- Servicios de laboratorios, rayos-x y estudios especializados.
- Servicios pediátricos, incluyendo cuidado de visión y dental.
- Medicamentos recetados.
(Dentro del Listado de Medicamentos)
- Servicios de habilitación y rehabilitación.
- Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas.
- Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento estatal o federal, será incluido en cubierta luego de la aprobación de la ley.



Otros servicios incluidos

- Servicios de ambulancia terrestre y aérea.
- Vacunación para niños y adultos.
- Servicios médico quirúrgicos.
- Diálisis y hemodiálisis.
- Terapia respiratoria.
- Servicios de quiropráctico y terapia física.
- Cuidado de salud en el hogar.
- Servicios de nutrición.
- Cuidado de Enfermería Diestro (SNF).
- Cuidado de alergias.
- Pruebas de cernimiento.
- Entre otros.