

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

SERVICIO	CANTIDAD
Deducible Anual	\$0
Generalistas	\$10.00
Especialistas	\$15.00
Subespecialistas	\$15.00
Laboratorios y Rayos X	25%* / 35%
Pruebas Especializadas	30%* / 50%
Sala de Emergencia	\$30.00* / \$50.00
Hospitalización	\$100.00* / \$200.00
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	\$12,700.00

*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 POS 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

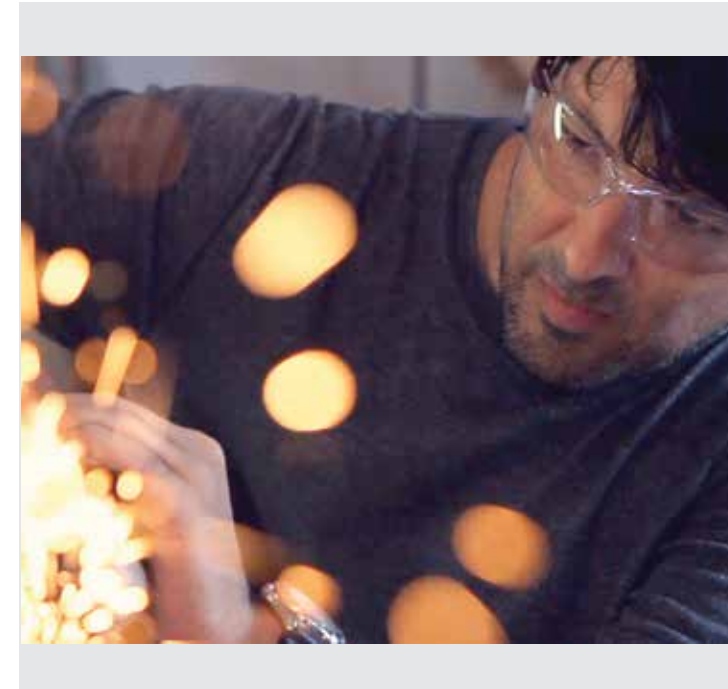
Fax 787-832-5400

 planmedicobellavista.com



ESCANEA CON TU SMARTPHONE

FICMPDOPOS 01-17



RESUMEN DE CUBIERTA
PAGO DIRECTO
ORO POS
2017

Cubierta ORO POS

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 de nuestra amplia Red de Proveedores. Este programa ha sido desarrollado en cumplimiento de la Ley Affordable Care Act (ACA).

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV?

La cubierta ORO POS es una libre selección de proveedores de salud dentro de la Red de Proveedores, en donde el Plan Médico SSBV ha establecido dos (2) niveles de acceso a servicios médico-hospitalarios. En el primer (1) nivel, el suscriptor vendrá a obtener servicios médico-hospitalarios disponibles dentro del Sistema de Salud Bella Vista (Hospital Bella Vista y/o la Policlínica Bella Vista) para tener deducibles, copagos y coaseguros más bajos. Si el suscriptor determina que desea visitar a otros proveedores fuera de los proveedores disponibles en el Sistema de Salud Bella Vista, accederá mediante el nivel dos (2).

No importa el nivel de acceso que determine, el suscriptor tendrá libre selección de escoger el proveedor de servicios que desee dentro de los contratados para ofrecer dichos servicios.



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.