

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llamar a 787-833-8070. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com), [www.healthcare.gov/sbc-glosassary](http://www.healthcare.gov/sbc-glosassary), o llamar a 787-833-8070 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí, Cuidado Preventivo	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No	No tiene que pagar deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Cuando la persona cubierta alcance el máximo en gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros, el Plan Médico SSBV cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, servicios no cubiertos, pago por servicio de proveedores no contratados.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ?	Sí. Puede acceder a <a href="http://www.planmedicobellavista.com">www.planmedicobellavista.com</a> para ver el directorio médico	Este plan tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Generalista \$10	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coseguro que aplique.	\$0 / 0% para servicios preventivos definidos en la cubierta según descritos en el Affordable Care Act (ACA)
	Visita al <a href="#">especialista</a>	Especialista \$15		
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Subespecialista \$15		
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	40% coseguro 0% Sistema de Salud Bella Vista en la mayoría de las pruebas		
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	50% coseguro 0% Sistema de Salud Bella Vista 30% Pet CT		Requiere preautorización Límite: CT / MRI – 1 por región anatómica por año contrato PET- 1 por año contrato
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.planmedicobellavista.com">www.planmedicobellavista.com</a>	Medicamentos genéricos	\$10		
	Medicamentos de marcas preferidas	50% coseguro		El beneficio de farmacia tiene límite de pago del Plan Médico de \$1,500 por individuo. Luego se pagará un 80% de coseguro. Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales y/o límite para ser cubiertos. Favor referirse a la Evidencia de Cubierta para mayor información y al Formulario de Medicamentos.
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% coseguro		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	50% coseguro		
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% coseguro Facilidades Ambulatoria	Cubierto por reembolso a tarifa contratada	Requiere preautorización

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com)]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>		20% Sistema de Salud Bella Vista	correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.	
	Honorarios del médico/cirujano	Ninguno		
	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$70 copago \$0 Sistema de Salud Bella Vista		Aplica coaseguro para pruebas especializadas
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Ambulancia Terrestre en PR Reembolso hasta \$80 por viaje. Ambulancia Aérea 50% coaseguro		Limitaciones según la necesidad médica
<b>Si le hospitalizan</b>	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$70 / \$0 Sistema de Salud Bella Vista	Cubierto según las tarifas que SSBV tiene para un servicio similar en PR.	
	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital- incluye salud mental)	\$250 copago \$0 Sistema de Salud Bella Vista	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Admisiones electivas requieren autorización. Aplica coaseguro en estudios especializados.
	Admisión Parcial	\$150 copago		
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Honorarios del médico/cirujano	\$0		Ninguna
	Sevicios ambulatorios	Psicólogo \$15 Psiquiatra \$15		
	Admisión Parcial	\$150 copago	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Servicios para el tratamiento de condiciones mentales según dispuesto en Ley Federal MHPAEH de 2008.
	Visitas al consultorio	\$15 copago		
<b>Si está embarazada</b>	Servicios de parto profesionales	\$0		Incluye suscriptor, conyúge, hija dependiente y/o cohabitante dentro de la cubierta.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$250 Facilidad Hospitalaria \$0 Sistema de Salud Bella Vista		

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com)]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	50% coaseguro		Requiere preautorización
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	50% coaseguro		20 terapias por año contrato
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	50% coaseguro		
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	\$150		Hasta un máximo de 120 días por año contrato. Para mayor información refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% hasta \$5,000 luego 80%	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor	Para mayor información de límites que apliquen refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No Cubierto	No Cubierto	
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	\$10		1er examen de refracción por suscriptor por año contrato. Hasta 21 años de edad.
	Anteojos para niños	\$0 coaseguro		1 par por año contrato dentro de colección
	Chequeo dental pediátrico	\$0 coaseguro en servicios preventivos		Limpieza dental cada 6 meses Tratamiento de fluoruro hasta los 19 años de edad.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado a largo plazo (long term care)</li> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Programa para pérdida de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son emergencia fuera de Estados Unidos y Puerto Rico</li> <li>• Tratamientos de infertilidad</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Bariátrica</li> <li>• Cuidado dental (adulto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies (podiatras)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiropráctico</li> </ul>

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: la Oficina del Comisionado de Seguros de PR acceder al 787-304-8686. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: 787-833-8070 o [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios lingüísticos:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 787-833-8070.]

[English (Ingles): To obtain assistance in English, call 787-833-8070.]

---

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

<b>Peg está embarazada</b> (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)	<b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)	<b>Fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)
---	---	--

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (instalaciones) *Red Preferida* \$0
- Otro: *Pruebas Diagnósticas Red Preferida* 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (instalaciones) \$N/A
- Otro: *Laboratorios Red Preferida* 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (instalaciones) *Red Preferida* \$0
- Otro: *Radiología (Red Preferida)* 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*) Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$3,717</b>	<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$9,019</b>	<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$579</b>
-------------------------------	----------------	-------------------------------	----------------	-------------------------------	--------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$210
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$210</b>

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$141
Coseguro	\$3,903
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$26
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,070</b>

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$90
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$120</b>

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