

12 de marzo de 2014

Carta Circular #0312201401

ASUNTO: NUEVAS CUBIERTAS METÁLICAS

Estimado Proveedor:

Nos place informarles sobre las nuevas Cubiertas Médicas de Pago Directo (Mercado Individual) POS y HMO que el Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. (Plan Médico SSBV, en adelante) ha desarrollado como parte de las medidas de implementación de la Reforma de Salud Federal o “The Patient Protection and Affordable Care Act”) (PPACA por sus siglas en ingles). Es de suma importante que lea el contenido de la misma en donde se detallan los beneficios de las cubiertas médicas metálicas.

Efectivo del 1 de marzo de 2014 el Plan Médico SSBV tendrá cinco (5) nuevas cubiertas con una diversidad de beneficios médicos añadidos entre los que se incluyen:

1. \$0 copago y/o deducible en los servicios preventivos
2. Hasta \$0 de copago y/o deducible en visitas médicas, laboratorios y radiología a través del Sistema de Salud Bella Vista
3. Menores copagos en Sala de Emergencia al visitar el Hospital Bella Vista
4. Cubiertas de Medicamentos Recetados
5. Equipo médico duradero
6. Facilidad de rehabilitación

I. Modelo POS de Libre Selección dentro de la Red

Este Modelo *Point of Service* (POS), el suscriptor tiene una cubierta de 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 nivel, el suscriptor vendrá a obtener servicios médicos-hospitalarios disponibles dentro del Sistema de Salud 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 (2). Es importante mencionar que 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.

Los productos de este Modelo POS de Libre Selección son los siguientes:

- a. Cubierta Metálica Pago Directo Platino POS
- b. Cubierta Metálica Pago Directo Oro POS

II. Modelo HMO de Cuidado Personal dentro de la Red

En este Modelo HMO, se requiere que el suscriptor seleccione el Médico de Cuidado Personal (MCP), 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 estas cubiertas deben ser referidas por el MCP de su elección.

Los productos de este Modelo HMO de Libre Selección son los siguientes:

- a. Cubierta Metálica Pago Directo Platino HMO
- b. Cubierta Metálica Pago Directo Oro HMO
- c. Cubierta Metálica Pago Directo Plata HMO

El MCP que seleccione el suscriptor tiene que ser un médico que participa del mencionado Programa de Medicina de Familia. Este proceso es individual para cada una de las personas que son elegibles en la cubierta familiar. De acuerdo a las necesidades de la familia, es posible que cada miembro tenga un MCP diferente. El MCP es el principal facilitador para que disfrute de todos los servicios que están incluidos bajo este programa de cuidado coordinado.

El MCP es:

- El primer profesional que le atenderá cuando se enferme.
- El que puede proveerle servicios preventivos para conservar su salud.
- Si a su juicio, su condición médica lo necesita, autoriza y le refiere a visitar a un especialista u otro nivel de cuidado medico
- De acuerdo a sus necesidades, autoriza las medicinas u otros servicios que requiera como laboratorios, consultas a especialistas, estudios especializados, ciertos medicamentos recetados, entre otros.

En algunas cubiertas, solo el médico personal puede autorizar los servicios que requiere bajo su cubierta de salud. Es su MCP quien le ayuda a mantenerse saludable. Parte de los servicios que puede recibir de su MCP son preventivos.

Servicios que no requieren referidos dentro del Modelo HMO de Cuidado Personal:

1. Visitas Ginecólogo/Obstetra

El Modelo HMO de Cuidado Personal permite las visitas al ginecólogo sin la necesidad de un referido. En aquellos casos que sea necesario realizar un procedimiento o prueba diagnóstica en oficina, tampoco se requiere un referido. Sin embargo, si el procedimiento o prueba diagnóstica requiere pre-autorización se deberá cumplir con dicho proceso.

2. Visitas a Pediatra

El Modelo HMO de Cuidado Personal permite las visitas al Pediatra sin la necesidad de un referido. En aquellos casos que sea necesario realizar un procedimiento o prueba diagnóstica en oficina, tampoco se requiere un referido. Sin embargo, si el procedimiento o prueba diagnóstica requiere pre-autorización se deberá cumplir con dicho proceso.

3. Visita Inicial a Ciertos Especialistas

a. Neumólogo

- Visita Inicial
- Espirometria (94010)
- Espirometria pre y post administración de broncodilatador (94060)
- Capacidad Vital (94150)
- Capacidad Máxima de Respiración (94200)
- Tratamiento de inhalación (94640)
- Tratamiento continuo de inhalación (94644 y 94645)

b. Psiquiatra

- Visita Inicial
- Visita Seguimiento

c. Psicólogo

- Visita Inicial
- Visita Seguimiento

4. Servicios Relacionados a Condiciones Especiales

Los suscriptores diagnosticados con condiciones especiales o crónicas, son elegibles para ser incluidos en un registro de Condiciones Especiales. Una vez sean cualificados, según los requisitos del Plan Médico SSBV, podrán acceder el médico que le brinda tratamiento y servicios relacionados sin necesidad de un referido. Aplican los requisitos de pre-autorización establecidos por la cubierta para los servicios que así lo requieran.

Las condiciones especiales elegibles para registro:

- a. VIH/SIDA
- b. Tuberculosis
- c. Lepra
- d. Lupus Eritematoso Sistémico

- e. Fibrosis Quística
- f. Hemofilia
- g. Enfermedad Renal Crónica
- h. Enfermedad de Parkinson
- i. Esclerosis Múltiple
- j. Escleroderma
- k. Artritis Reumatoidea
- l. Cáncer

Cualquier otro tratamiento, visita a médico y servicios no relacionados a la condición especial o crónica requerirá de referido del MCP y pre-autorización de ser necesario.

5. Diagnóstico y Tratamiento de Paciente Referidos por el MCP

Cuando el suscriptor obtenga un referido por escrito de un MCP para visitar un médico especialista o subespecialista y la evaluación del especialista o subespecialista se haya completado, el suscriptor deberá regresar a su MCP para solicitar los referidos o autorizaciones que apliquen. Los subsiguientes referidos deben estar directamente relacionados con la condición de salud del referido inicial.

6. Servicios que no requieren referidos

- a. Visita a Sala de Emergencia
- b. Servicios Dentales
- c. Diálisis
- d. Servicios Preventivos
- e. Vacunas (según Beneficio)
- f. Servicios brindados durante una hospitalización
- g. Servicios de patología
- h. Servicios de Anestesiología (excepto manejo de dolor)
- i. Servicios de Salud Mental
- j. Optómetra

7. Requisitos de Pre-autorización

El proceso de pre-autorización se realiza enviando la Solicitud de Pre-autorización vía facsímil al (787) 832-5400 o vía correo electrónico a la dirección preauto@planmedicobellavista.com. La solicitud deberá tener llenos todos los campos requeridos.

El Plan Médico SSBV tiene un período de quince (15) días luego del recibo de la solicitud de pre-autorización de procedimientos electivos para lo siguiente:

- Notificarle su determinación; o
- Solicitarle información adicional. Usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada.
- Indicarle que necesita más tiempo para tomar su decisión. Esta extensión puede ser de hasta quince (15) días adicionales.

Pre-autorizaciones en casos urgentes

De tener la necesidad de que el Plan Médico SSBV considere una solicitud de pre-autorización de forma urgente. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo la vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de pre-autorización le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la pre-autorización. En tal caso, el médico deberá certificar el carácter de la urgencia. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. El Plan Médico SSBV deberá notificar de su decisión dentro de 72 horas a partir del recibo de la solicitud. En caso de que el Plan Médico SSBV necesite información adicional para prestar su determinación, deberá notificarle dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. El suscriptor o el médico tendrá hasta 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información adicional solicitada. Una vez recibida la información adicional, el Plan Médico SSBV deberá contestar la solicitud dentro de 48 horas. De no recibirse la información adicional solicitada en el término antes señalado, el Plan Médico SSBV podrá hacer su determinación con la información suministrada hasta el momento. Al igual que con cualquier otra solicitud de pre-autorización, el Plan Médico SSBV determinará su solicitud con carácter de urgencia a base de los términos de su cubierta.

8. Servicios con requisitos de pre-autorización

Adjunto Anejo de servicios que requieren de pre-autorización según el modelo de acceso seleccionado.

9. Cantidad Máxima de Pago de su Bolsillo (MOOP, por sus siglas en ingles)

Tanto el Modelo POS como el Modelo HMO tienen un máximo de desembolso de \$6,350 dólares en un contrato individual y \$12,700 en un contrato de pareja o familiar. El máximo de desembolso se compone de la suma de los gastos de la cubierta médica y de los gastos de la cubierta de farmacia. Dicha cantidad representa el máximo de dinero que tendrán que pagar los suscriptores durante un año contrato por servicios médicos esenciales, médico-hospitalarios, dentales y de medicamentos según se describen en esta cubierta. Cuando haya alcanzado el desembolso máximo,

según su tipo de cubierta, no tendrá que desembolsar pagos adicionales por el resto del tiempo de contrato. Sin embargo, servicios prestados por proveedores no participantes, pagos realizados por servicios no cubiertos así como el pago de la prima no formarán parte de la acumulación del desembolso máximo.

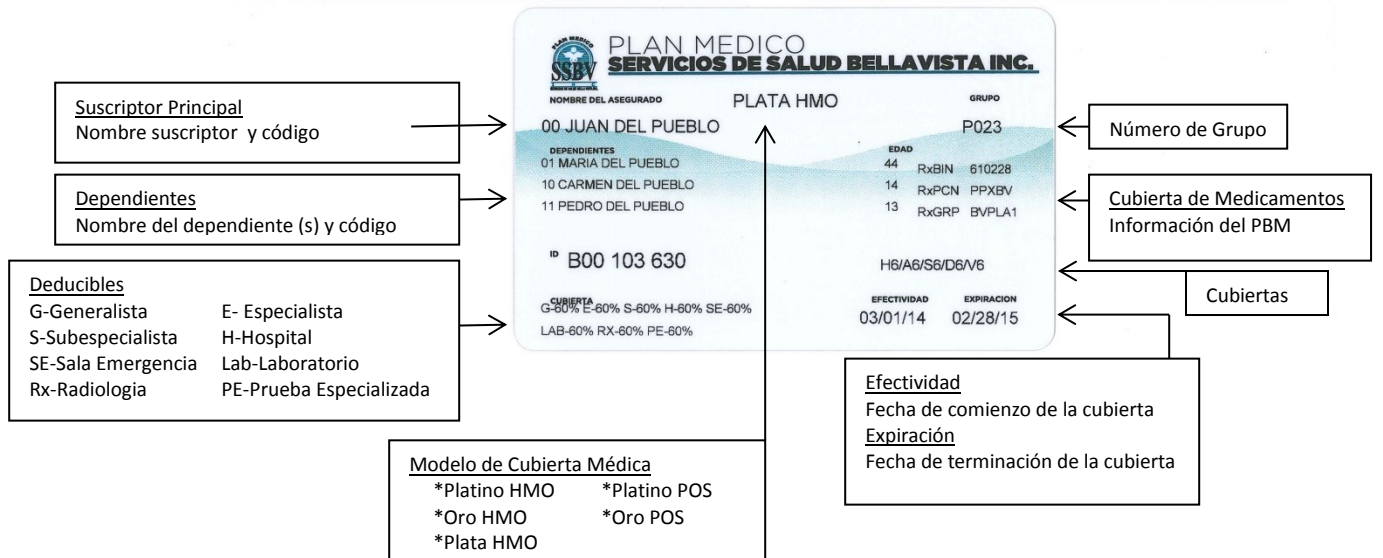
Máximo de Bolsillo cuando esta acumulado por separado:

Máximo de Bolsillo (MOOP)	Nombre del Plan	Nombre del Plan	Nombre del Plan
	Platino HMO	Plata HMO	Platino POS
Beneficios Médicos			
-Individual	\$2,000.00	\$4,000.00	\$2,000.00
-Familiar	\$4,000.00	\$8,000.00	\$4,350.00
Medicamentos Recetados			
-Individual	\$4,350.00	\$2,350.00	\$4,000.00
-Familiar	\$8,700.00	\$4,700.00	\$8,700.00

Máximo de Bolsillo cuando esta combinada la acumulación de los copagos y/o deducibles:

Gasto para Beneficios Médicos y Gasto para Medicamentos Recetados	Oro HMO	Oro POS
Hasta Alcanzar:		
-Individual	\$6,350.00	\$6,350.00
-Familiar	\$12,700.00	\$12,700.00

10. Tarjeta de Identificación del Plan



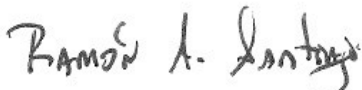
Proveedor
Página 8
12 de marzo de 2014

Efectivo el 1 de marzo de 2014 la tarjeta de identificación del Plan Médico SSBV indicará la Cubierta Metálica seleccionada por el suscriptor.

Todos los servicios estarán sujetos a los límites y a la elegibilidad de la cubierta seleccionada por el suscriptor. El proveedor debe cumplir con los procedimientos de referidos y/o pre-autorizaciones requeridas de ser necesario.

Cualquier duda o información adicional puede comunicarse directamente a nuestra oficina al **787-833-8070** y gustosamente le atenderemos.

Cordialmente,



Ramón A. Santiago, MBA
Director Ejecutivo

ert
Adjunto