



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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llamar a 787-833-8070. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, c deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.planmedicobellavista.com, llamar a 787-833-8070 para solicitar una copia.

Table with 3 columns: Preguntas importantes, Respuestas, Por qué es importante. Rows include questions about deductible, coverage before deductible, other deductibles, out-of-pocket limits, exclusions, in-network providers, and referrals.

⚠ Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Generalista \$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$10 (Nivel 2)	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.
	Consulta con un especialista	\$15		
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	\$0		Requiere preautorización CT Scan / MRI / Sonografía – 1 por región anatómica por año contrato PET – 1 por año contrato Para mayor detalle favor refiérase a la Evidencia de Cubierta.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% coaseguro (Nivel 2) 0% (Nivel 1 Bella Vista)	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.	Requiere preautorización CT Scan / MRI / Sonografía – 1 por región anatómica por año contrato PET – 1 por año contrato Para mayor detalle favor refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	0% (Nivel 1 Bella Vista) 50% coaseguro (Nivel 2) 30% PET (Nivel 1 Bella Vista) 50% PET (Nivel 2)		
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.planmedicobellavista.com	Medicamentos genéricos	\$10	De no utilizar farmacias participantes se reembolsará tarifas contratadas. Vea cubierta de farmacia para mayor detalle.	**El beneficio de farmacia tiene como primera opción medicamentos genéricos y tiene límite de pago del Plan Médico de \$1,500 por individuo. Luego se pagará un 80% de coaseguro.
	Medicamentos de marca preferidos	50% coaseguro (\$0 - \$1,500) **		
	Medicamentos de marca no preferidos	50% coaseguro (\$0 - \$1,500) **		
	Medicamentos de especialidad	50% coaseguro (\$0 - \$1,500) **		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% (Nivel 1 Bella Vista) 35% (Nivel 2)	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.	Requiere preautorización
	Tarifas del médico/cirujano	20% (Nivel 1 Bella Vista) 35% (Nivel 2)		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$70 (Nivel 2)	EU 50%	Aplica coaseguro en estudios especializados.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia Terrestre en PR Reembolso hasta \$80 por viaje. Ambulancia Aérea 50%		
	Atención de urgencia	\$70	Cubierto por reembolso	Aplica coaseguro en estudios especializados.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$250 (Nivel 2)	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.
	Tarifas del médico/cirujano	\$0		Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Psicólogo \$15 Psiquiatra \$15	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.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Parcial \$150 Completa \$250		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Incluye suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante dentro de la cubierta.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$0		
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$250 (Nivel 2)		
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50%	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Requiere preautorización
	Servicios de rehabilitación	50%		Requiere preautorización 20 terapias por año contrato
	Servicios de habilitación	50%		
	Atención de enfermería especializada	\$150		Hasta un máximo de 120 días por año contrato. Para mayor información refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Equipo médico duradero	50% hasta \$5,000 luego 80%		Para mayor información de límites que apliquen refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No Cubierto		
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de vista para niños	\$10	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	1er examen de refracción por suscriptor por año contrato. Hasta 21 años de edad.
	Anteojos para niños	20% hasta \$250 luego 80%		1 par por año contrato.
	Control dental para niños	\$0 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 Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Audífonos• Cirugía cosmética	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo (long term care)• Enfermera privada• Programa para pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none">• Servicios que no son emergencia fuera de Estados Unidos y Puerto Rico• Tratamientos de infertilidad

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía Bariátrica• Cuidado dental (adulto)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)• Cuidado rutinario de los pies (podiatras)	<ul style="list-style-type: none">• Quiropráctico

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: (787) 833-8070 o al www.planmedicobellavista.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí/No]

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? [Sí/No]

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) \$0
- Otros [\[costo compartido\]](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Costo total del ejemplo \$3,087

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$25
El total que Peg pagaría es	\$25

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) \$15
- Otros [\[costo compartido\]](#) 40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)

Costo total del ejemplo \$350

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$15
Coseguro	\$35
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$50

Fractura simple de Mía (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) \$70
- Otros [\[costo compartido\]](#) 40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

Costo total del ejemplo \$693

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$70
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$70

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