



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](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com), llamar a 787-833-8070 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas                                              | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                                | \$0                                                     | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                     | Sí, Servicios Preventivos                               | 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 coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                             | No                                                      | No tiene que pagar deducible por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?   | \$6,350 Individual<br>\$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 es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?          | No incluye primas y servicios no cubiertos por el plan. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí                                                      | 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 una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | Si                                                      | El Plan Médico es de cuidado dirigido donde su médico de cuidado personal es responsable de proveerle un referido según su evaluación clínica y sus necesidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) 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                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>                                                                                                                                                                                                | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                | \$0 (Nivel 1 Bella Vista)<br>\$10 (Nivel 2)                                                              | Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coseguro que aplique.   | Visitas a su médico de cuidado personal el cual estará disponible a través de los centros de medicina primaria autorizados.                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | \$15                                                                                                     |                                                                                                                         | Requiere preautorización<br>CT Scan / MRI / Sonografía – 1 por región anatómica por año contrato<br>PET – 1 por año contrato<br>Para mayor detalle favor refiérase a la Evidencia de Cubierta. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>                                                                      | \$0                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   | 0% (Nivel 1 Bella Vista)<br>40% coseguro (Nivel 2)                                                       | Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coseguro que aplique.   | Requiere preautorización<br>CT Scan / MRI / Sonografía – 1 por región anatómica por año contrato<br>PET – 1 por año contrato<br>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)<br>40% coseguro (Nivel 2)<br>30% PET (Nivel 1 Bella Vista)<br>40% PET (Nivel 2) |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.planmedicobellavista.com">www.planmedicobellavista.com</a> | 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 coseguro.               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | Medicamentos de marca preferidos                                                                                             | 50% coseguro (\$0 - \$1,500) **                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                          | 50% coseguro (\$0 - \$1,500) **                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                                                                                 | 50% coseguro (\$0 - \$1,500) **                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                            | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | Facilidad Ambulatoria<br>20% (Nivel 1 Bella Vista)<br>35% (Nivel 2)                                      | Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coseguro que aplique.   | Requiere preautorización                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                  | 20% (Nivel 1 Bella Vista)<br>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)                                                      |                                                                                                            |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                               | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>              | \$0 (Nivel 1 Bella Vista)<br>\$70 (Nivel 2)                                           | EU 50%                                                                                                  | Aplica coaseguro en estudios especializados.                                                               |
|                                                                                            | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                 | Ambulancia Terrestre en PR<br>Reembolso hasta \$80 por viaje.<br>Ambulancia Aérea 50% |                                                                                                         |                                                                                                            |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de urgencia</a>                            | \$70                                                                                  | Cubierto por reembolso                                                                                  | Aplica coaseguro en estudios especializados.                                                               |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                         | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)             | \$0 (Nivel 1 Bella Vista)<br>\$200 (Nivel 2)                                          | Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad. | Admisiones electivas requieren autorización<br>Aplica coaseguro en estudios especializados.                |
|                                                                                            | Tarifas del médico/cirujano                                     | \$0                                                                                   |                                                                                                         | Ninguna                                                                                                    |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios para pacientes ambulatorios                           | Psicólogo \$15<br>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<br>Completa \$200                                                       |                                                                                                         |                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | 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)<br>\$200 (Nivel 2)                                          |                                                                                                         |                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 50%                                                                                   | Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad. | Requiere preautorización                                                                                   |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | 50%                                                                                   |                                                                                                         | Requiere preautorización<br>20 terapias por año contrato                                                   |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | 50%                                                                                   |                                                                                                         | Hasta un máximo de 120 días por año contrato. Para mayor información refiérase a la Evidencia de Cubierta. |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | \$150                                                                                 |                                                                                                         | Para mayor información de límites que apliquen refiérase a la Evidencia de Cubierta.                       |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 50% hasta \$5,000 luego 80%                                                           |                                                                                                         |                                                                                                            |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | No Cubierto                                                                           |                                                                                                         |                                                                                                            |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | 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.<br>Tratamiento de fluoruro hasta los 19 años de edad.                        |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en: [www.planmedicobellavista.com](http://www.planmedicobellavista.com). **Página 3 de 5**

## 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"><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 (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"><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> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

**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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$15 |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$0  |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 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)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$3,087 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| Lo que no está cubierto            |             |
| Límites o exclusiones              | \$25        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$25</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                      |      |
|----------------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$15 |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$0  |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 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](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Costo total del ejemplo | \$350 |
|-------------------------|-------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$15        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$35        |
| Lo que no está cubierto            |             |
| Límites o exclusiones              | \$0         |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$50</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|                                                                      |      |
|----------------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$0  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$70 |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 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)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Costo total del ejemplo | \$693 |
|-------------------------|-------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$70        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| Lo que no está cubierto            |             |
| Límites o exclusiones              | \$0         |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$70</b> |

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