

## Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

<b>Cubierta Metálica de Pago Directo 2019</b>	<b>Metal</b>
	Oro
<b>Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles</b>	<b>Nombre del Plan</b>
	Oro HMO
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
-Individual	\$0.00
-Familiar	\$0.00
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) Beneficios Médicos y Medicamentos</b>	
-Individual	\$6,350.00
-Familiar	\$12,700.00
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Hospitalización</b>	
-Admisión al Hospital (incluye hospitalización parcial)	\$150.00
-Admisión Psiquiátrica	\$150.00
-Admisión Psiquiátrica Parcial	\$150.00
-Diálisis y Hemodiálisis	40%
-Pruebas diagnósticas especializadas	40%
-Procedimientos de ablación	25%
<b>Servicios de Emergencia</b>	
-Trauma (Accidente)	\$40.00
-Enfermedad	\$40.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
-Centro de Cuidado de Enfermería Diestro (Skill Nursing Facility)	\$150.00
-Uso de Centro de Cirugía Ambulatoria	20%
<b>Servicios Profesionales</b>	
- Servicios Preventivos (Incluyendo los de la mujer y de cernimiento para la detención de la condición de Autismo)	\$0.00
-Generalista	\$10.00
-Médico de Cuidado Personal	\$0.00
-Especialista	\$15.00
-Sub-Especialista	\$15.00
-Audiólogo	\$10.00
-Optómetra	\$10.00
-Psiquiatría	\$10.00
-Psicólogo	\$10.00
-Podiatría	\$10.00
-Nutricionista	Cubierto a través de reembolso hasta \$20
-Quiropráctico	\$10.00
-Colaterales y terapia en grupo	\$10.00
-Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00
-Servicios de Obesidad Mórbida, Condiciones Renales y Diabetes	\$10.00
-Cuidado preventivo del recién nacido	\$0.00
<b>Pruebas Diánosticas Especializadas</b>	
-Sonogramas	40%
-Tomografías Computadorizadas (CT)	40%
-Pet Scan	40%
-Medicina Nuclear	40%
-Resonancia Magnética (MRI)	40%
-Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	40%
-Electromiogramas	40%

-Polisomnografía	40%
-Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa y neurológicas	40%
-Electroencefalogramas	40%
-Pruebas Cardiovasculares y vasculares	40%
-Ecocardiogramas	40%
-Timpanometría	40%
-Densitometría ósea (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA)	35%
-Mamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA)	35%
-Sonomamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA)	35%
-Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%
-Radiología intervencional	40%
-Endoscopias	40%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
-Tratamiento contra Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida/ HIV)	40%
-Litotricia	40%
-Sistema Quirúrgico Da Vinci	20%
-Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia	40%
-Laboratorios clínicos	35%
-Rayos X	35%
-Pruebas de alergia	\$10.00
-Inyecciones intrarticulares	\$10.00
-Cirugía Cuello Uterino	25%
-Servicios de esterilización para hombres (Vasectomía)	25%
-Servicios de esterilización para mujeres	0%
-Inmunoprofilaxis (Vacunas no preventivas)	40%
-Vacunas Synagis	40%
-Vacunas preventivas	0%
-Servicios pre y post natales	0%
-Exámenes Pélvicos y Citología Vagina	
-Perfil Biofísico	40%
-Vacunas Rhogan	40%
-Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	\$0
-Tratamiento de ojo vago (Orthoptic Training)	50%
-Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina	25%
-Procedimientos ablación	25%
-Curación de heridas no cicatrizantes	25%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
-Terapia respiratoria	50%
-Terapia física, ocupacional y del habla	50%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$10.00
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Equipo Médico Duradero	50% hasta \$5,000 luego 80%
-Pruebas y Equipos para beneficiarios que requieran el uso de un Ventilador Mecánico	40%
<b>Medicamentos (Formulario)</b>	
-Nivel 1 Medicamentos Genéricos	\$10.00
-Nivel 2 Medicamentos de Marca Preferidos	50%
-Nivel 3 Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
-Nivel 4 Medicamentos Especializados	50%
-Beneficio inicial	\$1,500 por individuo
-Luego del beneficio inicial aplica	80%
<b>Servicios Dentales</b>	
-Diagnósticos y Preventivos	\$0.00
-Restauración y extracciones sencillas	40%
-Radiografía panorámica	40%

<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
-Espeuelos para suscriptores hasta los 21 años	\$0.00
<b>Servicios de Ambulancia</b>	
-Ambulancia Aérea en Puerto Rico	50%
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
-Cirugía Bariátrica	\$150.00
-Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	40%
- Servicios de emergencia en EU	40%
- Visitas en el Hogar	Aplican según sección de Servicios Profesionales
- Curación de heridas crónicas no cicatrizantes	25%
<b>Servicios para el tratamiento de desórdenes de Autismo y Síndrome de Down</b>	
-Exámenes neurológicos, inmunología, genéticas y de laboratorio	40%
-Pruebas de cernimiento para la detención de la condición de autismo	\$0.00
- Evaluaciones de terapia física, ocupacional y de habla	\$10.00
-Visitas al Psiquiatra, Psicólogo o Trabajador Social	\$10.00