



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
770 Avenida Hostos Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Contrato y Evidencia de Cubierta Pago Directo

ORO POS (CMPDOPOS 01-19)

El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., (en adelante Plan Médico SSBV) ofrece beneficios al suscriptor y a los dependientes elegibles de conformidad con las disposiciones de esta cubierta y la política de pago establecida para gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la cubierta esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por el suscriptor. Esta cubierta se emite en consideración al contenido y los endosos adjuntos, si algunos, de este documento y al pago de las primas correspondientes por adelantado.

Esta cubierta se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio por un término de un (1) año a partir de la fecha de efectividad. Los beneficios no utilizados durante el término del contrato, no se acumularán para años subsiguientes. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Esta cubierta no es una cubierta o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para personas de edad avanzada (Medicare). Revise la Guía de Cubierta de Salud para personas con Medicare.

Reciba una cordial bienvenida.

Camil Vega, MBA
Directora Ejecutiva

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como suscriptor del Plan Médico SSBV. Modificaremos este documento mediante endoso durante el año contrato, si fuera necesario según requerido por ley, por lo que le exhortamos a guardar el mismo para poder referirse a las secciones modificadas. Refiérase siempre a los endosos adjuntos, si alguno, a esta evidencia de cubierta para tener la información completa de los beneficios incluidos en su plan de salud.

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV?

El Plan Médico SSBV es uno de tipo pre-pagado; por lo tanto, generalmente no tendrás que pagar al utilizar los servicios, excepto algunos coaseguros y/o copagos en servicios médicos específicos, y en aquellos que estén contenidos en la cubierta basándose en reembolso. Esta es una cubierta ORO 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, 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.

Para recibir los servicios deberás presentar al proveedor participante tu tarjeta de identificación del Plan Médico SSBV. Dicha tarjeta deberá usarse únicamente para reclamar servicios para las personas elegibles cuyos nombres aparecen en la tarjeta. La misma no es transferible, y por lo tanto, no deberá prestarse, o de otra forma hacerse accesible, a otras personas que no tengan derecho a recibir servicios. Los servicios se prestan principalmente en el Hospital Bella Vista y/o la Policlínica Bella Vista y por los proveedores participantes indicados en el Directorio Médico.

Los servicios cubiertos en este contrato están limitados al área de Puerto Rico. Estos servicios deben ser prestados por proveedores participantes. Los servicios fuera de Puerto Rico, solo aplicaran en caso de emergencia o en casos que requieran de equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico, sujeto a las disposiciones de la cubierta.

El Plan Médico SSBV tiene como reglamento que para que el suscriptor y los dependientes reciban ciertos servicios dentro de la cubierta deberá solicitar una pre-autorización. Las admisiones hospitalarias que no sean por salas de emergencia requieren pre-autorización. En aquellos servicios que el Plan Médico SSBV ha establecido que requieren pre-autorización, si los mismos son recibidos sin la autorización requerida, el Plan Médico SSBV no se hará responsable por el pago del servicio recibido.

Todos los suscriptores gozan de beneficios médico-hospitalarios similares incluyendo los servicios por concepto de maternidad.

Los Beneficios Esenciales de Salud (EHB), según descritos en el Affordable Care Act (ACA) contemplados en esta cubierta conllevan un máximo de gastos correspondientes que son responsabilidad del suscriptor (Maximum Out of Pocket o MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

El máximo que aplica a este contrato será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia del mismo y representa la suma de gastos de bolsillo del suscriptor entendiéndose; copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecidos por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, el Plan Médico SSBV cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%. Este contrato tiene un máximo de desembolso de \$6,350 dólares en un contrato individual y \$12,700 en un contrato de pareja o contrato familiar. Este MOOP aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia). Sin embargo, servicios prestados por proveedores no participantes, pagos realizados por servicios no cubiertos así como el pago de la prima no formaran parte de la acumulación del desembolso máximo.

SERVICIOS PREVENTIVOS

El Plan Médico SSBV administra su cubierta de beneficios conforme al "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) (P.L. 111-148) y la "Health Care Education Affordability Act of 2010" (P.L. 111-152). Los servicios
CMPDOPOS 01-19 Página 2 a 102

de cuidado preventivo estarán cubiertos con \$0 copago de acuerdo a la edad y género del suscriptor a través de proveedores participantes. Estarán cubiertos los servicios de evaluación médica de acuerdo a la edad del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001. Los servicios cubiertos según los estándares vigentes por el Departamento de Salud, Programa Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría incluyen evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos dispuesto en Ley.

Servicios de medicina preventiva

- Evaluación de un médico que se a apropiada para la edad y el género.
- Consejería sobre la reducción de los Factores de Riesgo e interacción para cambios en la conducta.
- El servicio de medicina preventiva incluye el historial y los exámenes físicos de acuerdo a edad y género.

Servicios incluidos:

- 1) Un cernimiento de por vida para aneurisma aortica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombre entre las edades de 65 y 75 años de edad que hayan sido fumadores.
- 2) Consejería conductual y cernimiento por abuso de alcohol y drogas, y por alcohol de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
- 3) Suplemento de aspirina en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años que tienen un 10% o más de riesgo cardiovascular que no estén en riesgo de sangrado, que tengan una esperanza de vida de al menos 10años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.
- 4) Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante. Se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para confirmación de diagnóstico antes de comenzar tratamiento.
- 5) Medicación preventiva de estatina en adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (CVD), uno o más factores de riesgo CVD, y un riesgo de evento CVD calculado de 10 años de 10% o más.
- 6) Prueba de sangre oculta para Cernimiento para el cáncer colorectal; sigmoidoscopia, colonoscopia o serologías en adultos desde la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.
- 7) Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.
- 8) Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial sostenida sobre 135/80 mmHg.
- 9) Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades cardíacas y enfermedades crónicas.
- 10) Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores en riesgo deben examinarse. Según requerido por la Ley 45 (2016) se cubre una prueba al año como parte de la evaluación médica de rutina (excepto a personas embarazadas). Beneficio de cernimiento de VIH a personas embarazadas, favor referirse a sección de Servicios de Maternidad (p.25).
- 11) Cernimiento de obesidad para jóvenes y adultos con una masa corporal de 30kg/m² o más y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría en el peso.
- 12) Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo.
- 13) Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de uso en usuarios de tabaco y consejería extensiva a mujeres fumadoras embarazadas. Visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas serán cubiertas.
- 14) Cernimiento de sífilis para todo adulto, adolescente no embarazada y mujeres embarazadas en alto riesgo.
- 15) Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas.
- 16) Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre 12 a 16 semanas de gestación o la primera semana de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde.
- 17) Cernimiento y consejería sobre pruebas de genética del virus de susceptibilidad al cáncer del seno, ovarios,

trompas o peritoneal, a través de herramientas que identifiquen el historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales y la prueba BRCA para mujeres de alto riesgo.

- 18) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre los 40 años de edad. Bianual para mujeres entre 50 y 74 años.
- 19) Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo.
- 20) Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos por nacimiento.
- 21) Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citopatología (PAP) cada tres años. Pruebas de virus de papiloma humano en combinación con citopatología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.
- 22) Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo estén o no embarazadas.
- 23) Incluye métodos anticonceptivos, para la mujer, aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, la colocación, remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según prescrito por el médico.
- 24) Cernimiento y consejería sobre violencia domestica e interpersonal.
- 25) Suplementos diario de ácido fólico 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug) para mujeres que planifiquen o puedan quedar embarazadas.
- 26) Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollo.
- 27) Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo embarazadas si esta en alto riesgo de infección.
- 28) Cernimiento de hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
- 29) Cernimiento de ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales a partir de los 30 años cada 3 años.
- 30) Examen médico para adulto para cernimiento de depresión y osteoporosis.
- 31) Cernimiento de osteoporosis para mujeres de 65 años o más y en mujeres jóvenes que tengan un riesgo de fractura es igual o menor que aquel de una mujer blanca de 65 años y que no contenga ningún riesgo de salud adicional.
- 32) Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido de desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.
- 33) Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y edad. Esta visita "well-woman" es anual, aunque el Health and Human Services (HHS) reconoce que pueden ser necesarias varias visitas para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
- 34) Cernimiento de trastornos del espectro de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses.
- 35) Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades.
- 36) Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- 37) Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacido.
- 38) Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años.
- 39) Cernimiento de desórdenes lípidos en niños edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
- 40) Suplemento de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen flúor.
- 41) Cernimiento de audición para recién nacidos y para niños.
- 42) Historial médico para todo menor de edad durante su desarrollo de 0 a 21 años.
- 43) Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños.
- 44) Suplementos de hierro para niños menores de 4 meses hasta los 21 años en riesgo de anemia.
- 45) Cernimiento de plomo para niños entre las edades de 1 a 6 años en riegos de estar expuestos y en mujeres embarazadas

- 46) Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.
- 47) Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea.
- 48) Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades.
- 49) Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.
- 50) Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
- 51) Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria para recién nacidos (PKU, por sus siglas en inglés).
- 52) Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes y adultos sexualmente activos.
- 53) Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis. Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en adultos de mayor riesgo.
- 54) Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía.
- 55) Vacunas para niños, adolescentes y adultos como se dispone en la sección de vacunación incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño ("Catch ups").
- 56) Consejería para niños, adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 6 meses a 24 años que tengan piel blanca sobre minimizar su exposición a radiación ultravioleta para reducir riesgo de cáncer en la piel.
- 57) Medicamentos para cesar de fumar. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso del tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
- 58) Asesoría conductual intensiva para adultos con sobrepeso u obesidad, con al menos un factor de riesgo adicional para las enfermedades cardiovasculares para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- 59) Prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad, hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben descontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón.
- 60) Cernimiento de preclamsia para suscriptoras durante su embarazo, con mediciones de presión arterial. Aspirina en dosis bajas (81 mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de preclamsia.
- 61) Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro al primer diente de niños e infantes comenzando a la edad de la primera erupción, cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato (D1208) para menores de 5 años. Estará cubierto los suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.
- 62) Quimioprevención con flúor.
- 63) Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Incluyendo asesoría conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física.
- 64) Cernimiento para adultos para ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas. Se cubrirá el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
- 65) Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como *tamoxifen* o *raloxifen*, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- 66) Cernimiento para hepatitis B en personas con alto riesgo de infección.
- 67) Cernimiento para hepatitis C en personas con alto riesgo de infección. Exámenes únicos de detección de la infección por hepatitis C a adultos nacidos entre 1945 y 1965.
- 68) Educación y consejería para prevenir el inicio del uso del tabaco en edad escolar en niños y adolescentes.
- 69) El USPSTF recomienda la administración profiláctica de medicamentos tópicos a todos los recién nacidos

para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum.

Para más información sobre los servicios preventivos cubiertos, puede acceder el siguiente enlace:
<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

Vacunación incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño (“ Catch up s”)

- Niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del CDC (Centers for Disease Control and Prevention, por sus siglas en ingles).
 - Las vacunas están sujetas a los requisitos específicos del Departamento de Salud de Puerto Rico y también dependen de la efectividad según lo descrito por el Fabricante y aprobado por la FDA.
- Consejería y administración sobre vacuna.
- Inmunización contra el virus respiratorio sincitial de acuerdo a lo establecido por los protocolos del Departamento de Salud de Puerto Rico. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

Inmunización de los Niños de acuerdo al Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño (“ Cat ch u p s”):

Hepatitis (Hep B)	Al momento del nacimiento, al mes y los 12 meses
Difteria, Tétano y Pertusis (Tos Ferina) DTaP	2,4,6 y 15 meses de edad 4 años de edad
Toxoides de Tétano y Difteria (Tdap)	11 años de edad 12 a 18 años de edad si no está vacunado
Rotavirus	3 dosis (2,4 y 6 meses de edad) Tercera dosis solo antes de los 8 meses de edad
Inactivated Poliovirus (IPV)	2, 4 y 6 meses 4 años de edad
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)	2, 4, 6 y 15 meses de edad Si es administrada entre los 15 a 59 meses de edad no se requieren dosis adicionales
Neumococo (PCV) y (PPV)	2 a 59 meses de edad 2, 4, 6 y 15 meses de edad Si la primera dosis es administrada a los 24 meses de edad, no se requieren vacunas adicionales
Sarampión, Papera y Rubéola (MMR)	12 meses de edad 4 años de edad
Varicela (Var)	12 meses de edad 4 años de edad (2da dosis)
Hepatitis A (A)	12 meses a 23 meses de edad Se requiere una segunda dosis 6 meses después de haberse administrado la primera vacuna
Meningococo (MCV) y (MPS)	11, 16 años de edad (11 a 18 años de edad) Niños de 2 a 10 años de edad con factores de riesgo

Influenza A (H1N1))	Personal de servicios de emergencia Mujeres embarazadas Personas que cuidan niños menores de 6 meses de edad De los 6 a los 18 meses de edad De los 24 a 64 años de edad con ciertos factores de riesgo
---------------------	---

Niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del CDC, incluyendo los vacunas retrasadas en el calendario del niño (“ Catch ups”):

Tétano, Difteria y Pertusis (Tos Ferina) (Td/Tdap)	Adultos 19 – 64 años de edad – refuerzo cada 10 años >65 años de edad – refuerzo cada 10 años
Human Papillomavirus (HPV)	9 – 26 años de edad 3 dosis conforme a la Ley 255 del 15 de septiembre de 2012
Varicela	19 – 65 años de edad 2 dosis
Herpes Zoster	60 – 65 años de edad 1 dosis
Sarampión, Papera y Rubéola (MMR)	19 – 49 años de edad 1 ó 2 dosis 50 – 65 años de edad 1 dosis
Influenza	6 meses a 18 años 1 dosis anualmente 19 – 65 años de edad 1 dosis anualmente
Neumococo	19 – 64 años de edad 1 ó 2 dosis 65 años de edad 1 dosis
Hepatitis A	19 – 65 años de edad 2 dosis
Hepatitis B	19 – 65 años de edad 3 dosis
Meningococo	19 – 65 años de edad 1 o más dosis
Influenza A (H1N1)	Personal de servicios de emergencia Mujeres embarazadas Personas que cuidan niños menores de 6 meses de edad De los 24 a los 64 años de edad con ciertos factores de riesgo

El Plan Médico SSBV administra su cubierta de beneficios conforme al “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) (P.L. 111-148) y “Health Care Education Affordability Act of 2010” (P.L. 111-152) y sus reglamentos aplicables. Todos los beneficios aquí expresados estarán sujetos a las condiciones y disposiciones de su contrato. Los servicios de cuidado preventivo estarán cubiertos con \$0 copago de acuerdo a la edad y género del suscriptor.

En este contrato se cubren la visita anual preventiva, pruebas de cernimiento preventivo y vacunas según lo dispone la Ley 218 del 30 de agosto de 2012 según recomendado por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En adición a los servicios preventivos cubierto por legislación federal, se incluyen los servicios preventivos relacionados a la detección temprana de cáncer de seno. Según establece la Ley 275 del 27 de septiembre de 2012, se provee cubierta para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia

magnética y sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

En cumplimiento con la Ley, Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista garantiza la cubierta de tratamiento, monitoreo de la salud física y emocional que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica para los pacientes diagnosticado con cáncer y sobrevivientes de cáncer.

Todos los beneficios mandatorios establecidos por el Gobierno de Puerto Rico y/o Gobierno Federal estarán cubiertos según incluidos en este contrato. De existir algún servicio mandatorio no incluido en este contrato el mismo será cubierto según la reglamentación existente.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Es requisito que el suscriptor al hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago establecido. Además, deberá pagar los copagos y/o coaseguros por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no es reembolsable por el Plan Médico SSBV.

El Plan Médico SSBV paga por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización del suscriptor, durante la vigencia del contrato del suscriptor, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria. En cualquier periodo de hospitalización se cuenta el día de ingreso, pero no se cuenta el día en que el paciente es dado de alta por el médico a cargo del caso. El Plan Médico SSBV no será responsable por los servicios recibidos por cualquier suscriptor si ésta permanece en el hospital, después de haber sido dada de alta por el médico a cargo del caso, ni tampoco será responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.

El Plan Médico SSBV tiene una Red de Hospitales donde recibir los servicios hospitalarios, excepto que no esté disponible la especialidad médica. En el caso que el suscriptor necesite acceder un proveedor no participante, requerirá de una pre-autorización para recibir los servicios. Este requisito no aplica en casos de emergencia.

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante.

Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos de este Contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley Núm. 248 de 15 agosto de 1999 dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> · Habitación semiprivada · Habitación de aislamiento · Comidas y dietas especiales · Uso de servicios de telemetría · Sala de Operaciones y de Recuperación · Uso de Sala de Parto y Ante parto · Uso de Sala para Recién Nacido · Producción e interpretación de Monitoreo Fetal · Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (<i>Step Down Unit</i>) · Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Coronario, Intensivo de Pediatría e Intensivo de Neonatología · Servicio general de enfermería · Administración de anestesia · Servicios de laboratorios clínicos · Electrocardiogramas 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia · Estudios radiológicos · Servicios de terapia física, rehabilitación y habilitativa · Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes · Servicios de terapia respiratoria · Pruebas de gases arteriales · Uso de Sala de Emergencia cuando el suscriptor sea admitido · Uso de Facilidades o Centros de Cuidado Urgente, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital · Medicamentos para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del médico especialista u oncólogo, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012. · Procedimiento de litotricia (<i>ESWL</i>), requiere pre-autorización · Pruebas Diagnósticas Especializadas. Aplica copago de 40% · Servicios de esterilización (incluye vasectomía). Cubierto un (1) por vida al suscriptor, cónyuge o cohabitante del suscriptor e hijas dependientes. 	<p>Los servicios de esterilización para mujeres son preventivos por lo que no tienen costos compartidos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Centro de Cirugía Ambulatoria 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>

<p>Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:</p> <ol style="list-style-type: none"> la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez a esta cubierta; o la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. <p>Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
Ambulancia	
<p>Esta se limitará al transporte del paciente en caso de emergencia del lugar del accidente al hospital más cercano y al transporte del paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1, según los estándares o el protocolo establecido y en ambulancias autorizadas por la Comisión de Servicios Público o en sus efectos, cualquier agencia reguladora designada por el Gobierno de Puerto Rico para dichos propósitos. El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base de las tarifas determinadas por Plan Médico SSBV, conforme a la distancia recorrida.</p>	<p>Hasta un máximo de OCHENTA DÓLARES (\$80.00) por viaje y se pagará a través de reembolso, excepto los servicios prestado a través del sistema 9-1-1 que serán pagaderos directamente al proveedor.</p>
<p>Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo. Fuera del área de servicio no estará cubierta.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
Servicios fuera de Puerto Rico	
<p>Servicios de sala de emergencia y/o hospitalización fuera de Puerto Rico estarán cubiertos a base del área geográfica donde se ofreció el servicio. Los servicios fuera de Puerto Rico, solo aplicarán en caso de emergencia o en casos que requieran de equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico, sujeto a las disposiciones de la cubierta. Servicios son sujetos a pre-autorización excepto si es en caso de una emergencia. Tratamientos electivos no se consideran emergencia, por lo que no serán cubiertos por este contrato.</p> <p>Requisitos de cobertura:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los servicios deben estar contemplados como beneficios en la cubierta médica. Que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no este programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendarios. Que la principal razón del viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje. En caso de gastos por existir un pagador primario, el Plan Médico SSBV, asumirá responsabilidad según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB) brindados en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgico, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización. 	

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

El Plan Médico SSBV se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en este contrato que sean prestados al suscriptor durante periodos de hospitalización.

Los suscriptores de esta cubierta tienen derecho a una habitación semiprivada durante un periodo de hospitalización. Si el suscriptor selecciona una habitación privada Plan Médico SSBV solo pagara la tarifa contratada de una habitación semi-privada, a menos que la habitación privada sea medicamente necesaria. Ninguna persona suscrita bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, estará obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste. El pago de honorarios médicos, en estos casos, lo efectuará directamente Plan Médico SSBV a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.

Se ofrece cubierta para anestesia general a ser administrada por un anestesiólogo y servicios de hospitalización en los siguientes casos según dispuesto en el Artículo 1 de la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999:

- a. Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
- b. cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
- c. cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
- d. cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica:
- e. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
- f. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

El Plan Médico SSBV requiere al suscriptor una pre-autorización para proveer la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización, según lo determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial, se aprobara o denegara la misma dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos. Los documentos requeridos serán:

- (a) el diagnóstico del paciente;
- (b) la condición médica del paciente, y
- (c) las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental.

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
<p>Servicios Médicos-Quirúrgicos</p> <p>Durante periodos de hospitalización el suscriptor tiene derecho a recibir los siguientes servicios médico-quirúrgicos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cirugías durante hospitalización y cirugías ambulatorias. · Cirugía Ortognatica (osteotomía mandibular y maxilar "Le Fort"). Se excluyen los gastos por implantes y/o materiales asociados con la cirugía. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>

<ul style="list-style-type: none"> · Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis de seno que sea necesaria antes o durante la reconstrucción, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema, cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente conforme a la Ley 275 del 27 de septiembre de 2012. · Servicios de diagnóstico · Tratamientos · Administración de anestesia · Consulta de especialistas · Circuncisión · Cirugía de acné, sólo cuando sea medicamente necesario. Requiere pre-autorización. · Procedimientos de ablación · Tratamiento para la obesidad mórbida: Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea medicamente necesario y pre-autorizado por el plan. · Una (1) cirugía bariátrica de por vida para el tratamiento de obesidad mórbida utilizando bypass gástrico siempre y cuando el servicio esté disponible en Puerto Rico. Requiere un periodo de espera de 12 meses antes de cubrir este beneficio. Para la autorización, el médico debe documentar los intentos infructuosos con programas no quirúrgicos bajo supervisión para bajar de peso. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Endoscopias gastrointestinales. · Servicios de esterilización (0% de copago para mujeres) · Medicamentos para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del médico especialista u oncólogo, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012. · Cirugía maxilofacial está cubierto cuando ésta sea necesaria por motivo de un accidente cubierto. (No aplica para condiciones cosméticas). · Trasplantes de piel, hueso y córnea. Los gastos por obtener y transportar materiales necesarios para los trasplantes de piel, hueso y córnea, están cubiertos basados en las tarifas establecidas para tales propósitos. La cubierta se extiende a los cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, que incluyen atención previa a la cirugía, atención postoperatoria y tratamiento con respecto a los medicamentos inmunosupresores. Cubierto al 100% en Puerto Rico. Requiere pre-autorización. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Requiere pre-autorización</p>

SERVICIOS EN FORMA AMBULATORIA

Si la persona no está recluida en un hospital, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios, entre otros:

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	
Visitas médicas en oficina, sin límites en el número de visitas <ul style="list-style-type: none"> · Médicos Generalista · Medico de Cuidado Personal · Especialistas · Sub Especialistas · Podiatras. Incluyendo el cuidado de rutina para los pies. · Audiología · Optómetras · Quiroprácticos · Naturópatas · Psicólogos · Psiquiatras · Examen físico rutinario. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Visitas médicas en el hogar del suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros según Servicios Profesionales
Inyecciones intrarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año contrato por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios en las salas de emergencia o urgencias, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad.	Aplica copago de Sala de Emergencia (enfermedad o accidente) Pruebas Diagnósticas Especializadas realizados en sala de emergencia en y fuera de Puerto Rico. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.
Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de esterilización (incluye vasectomía, aplica copago de facilidades ambulatorias y 0% de copago para mujeres). Cubierto un (1) por vida al suscriptor, cónyuge o cohabitante del suscriptor e hijas dependientes.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)</i> y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act</i> de 2010, <i>Public Law No.111-152 (HCERA)</i> .	Cubierto. \$0 Copago
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (palivizumab), se cubre hasta los dos (2) años, sujeto a pre-autorización y siguiendo el protocolo establecido por el plan.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/HIV). Derecho a la asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida. Según dispone la Ley 349 del 2 de septiembre de 2000.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Yeso blanco	Cubierto. \$0 Copago
Sistema Quirúrgico Da Vinci	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de curación de heridas crónicas, no cicatrizantes. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)	
<p>Estos servicios estarán cubiertos en Centros de Cuidado de Enfermería Diestros si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Están cubiertos hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año cubierta, por suscriptor. · Servicios de facilidades no participantes en Puerto Rico se pagarán por reembolso a base de las tarifas establecidas para el servicio recibido. <p>Nota: Estos servicios deberán estar supervisados por un médico-cirujano y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito Requiere pre-autorización.</p>	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Diagnósticas	
<p>Exámenes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Laboratorio clínico · Rayos-X, incluyendo la reproducción. · Timpanometría, hasta una (1) prueba por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Pruebas de medicina nuclear. Requiere pre-autorización. · Tomografía computadorizada, hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT). uno(1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Sonograma, hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Estudio de resonancia magnética (MRA). Requiere pre-autorización. · Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. · PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año contrato, por suscriptor, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

<ul style="list-style-type: none"> · Densitometría Ósea cuando no es realizada como una prueba preventiva según dispone la ley federal, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición. Limitada a una (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Mielografía (Mielograma). Requiere pre-autorización. · Mamografía o Sonomamografía cuando no es realizada como una prueba preventiva según dispone la ley federal, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición. Limitada a una (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Electromiogramas, hasta (2) dos por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Pruebas para <i>Nerve conduction velocity study</i>, hasta dos (2) pruebas, de cada tipo por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Endoscopias gastrointestinales. Requieren pre-autorización. · Pruebas diagnósticas en oftalmología. · Electroencefalogramas y pruebas neurológicas. Requiere pre-autorización. · Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas. Requiere pre-autorización. · Pruebas Periferovasculares no invasivas. Requiere pre-autorización. · Electrocardiogramas · Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta un (1) de cada tipo de prueba, por año contrato. Requiere pre-autorización. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría una (1) por año contrato, por suscriptor. · Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, como diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías conducentes a cáncer cervical. · Radiografía Intervencional. · Una prueba de VIH al año, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto para mujeres embarazadas (para pruebas en embarazo, referirse a sección de Maternidad) <p>Nota: Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia y/o hospitalización, que no sean laboratorios y rayos x, aplican los coaseguros correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta cubierta.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Servicios de Maternidad</p>	
<ul style="list-style-type: none"> · Para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante. · Servicios pre y postnatales recibidos por la persona con derecho al beneficio de maternidad. · Sonograma, hasta tres (3) por embarazo, uno por trimestre por gestación, por suscriptor. Requiere pre-autorización. · Servicios Preventivos cubiertos con 0 copago 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Perfil Biofísico, una (1) por embarazo, por suscriptor, con derecho al beneficio de maternidad. Requiere pre-autorización. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>

<ul style="list-style-type: none"> · Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal, conforme a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<ul style="list-style-type: none"> · Vacuna Rhogan · Hospitalización – Las admisiones de hospital en caso de parto estarán cubiertas con un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta del hospital para la madre y/o recién nacido. Estos servicios incluyen; habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre. · El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto solo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de este contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley 248 de 15 agosto de 1999 donde dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<ul style="list-style-type: none"> · Servicios de obstetricia. · Sala de Partos y Monitoreo Fetal (<i>Fetal Monitoring</i>). · Sala para Recién Nacidos (<i>Well Baby Nursery</i>) · Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (<i>Step Down Unit</i>). 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<ul style="list-style-type: none"> · Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (well baby care) durante el primer año de vida del niño suscrito. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<ul style="list-style-type: none"> · Cernimiento de VIH a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y se desconoce su estatus de VIH. Dos pruebas de VIH durante el embarazo: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1ra prueba durante el primer trimestre (1ra visita prenatal) ○ 2da prueba durante el tercer trimestre (entre 28 y 34 semanas de embarazo) · Métodos Anticonceptivos, para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y la colocación, remoción o administración de métodos anticonceptivos (0% de copago para mujeres): <ol style="list-style-type: none"> 1. DIU Cobre 2. Varilla implantable 3. Capuchón cervical 4. Espermicida solo 5. Acetato de Ulipristal 6. Capsula cervical con espermicida 7. Esponja con espermicida 8. Diafragma con espermicida 9. Anillo vaginal anticonceptivo 10. Anticonceptivo oral combinada 	<p>Cubierto. \$0.00 copago/coaseguro para mujeres.</p> <p>Los siguientes métodos están bajo cubierta de farmacia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticonceptivos orales: <ol style="list-style-type: none"> a. píldora combinada y b. solo progestina c. de emergencia 2. Anticonceptivos inyectable 3. Condón femenino y masculino 4. Parche 5. DIU con progestina
Cuidado de Alergias	
Pruebas de alergia, hasta cincuenta (50) pruebas por año contrato, por suscriptor. Vacunas para las alergias no están cubiertas.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguro
Terapias de Tratamiento	
Servicios ambulatorios para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto. Se incluye los medicamentos de quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal, en cobertura y coaseguros, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Tratamiento Ojo Vago	
Tratamiento Ojo Vago (Orthoptic Training)	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Diálisis y Hemodiálisis	
<p>Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:</p> <ol style="list-style-type: none"> la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez en este contrato; o la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. <p>Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.</p>	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Terapia Respiratoria	
Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica y laboratorios localizados dentro de una facilidad hospitalaria o provistas en la oficina medica), hasta dos (2) sesiones por día y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año cubierta, por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado Visual	
<p>Servicios Visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pruebas diagnósticas en oftalmología. ✓ Examen de refracción, un (1) examen por suscriptor, por año contrato ✓ Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. ✓ Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Quiropráctico y Terapia Física	
Las terapias físicas, servicios de rehabilitación, servicios de habilitación y /o las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) terapias físicas y manipulaciones, en conjunto, por año contrato, por suscriptor. Incluidas terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje excepto en casos de tratamiento de Autismo donde las terapias ocupacionales y terapia del habla y lenguaje no tienen límite. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Equipo Médico Duradero (DME)	
<p>Compra o renta, sujeto a pre-autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración. ✓ Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Nivel 1: 30% hasta \$5,000.00 luego 80% Nivel 2: 50% hasta \$5,000.00 luego 80%

<ul style="list-style-type: none"> · Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria. · Glucómetro, uno cada dos años por suscriptor así como tirillas y lancetas (solo para suscriptores con diabetes). · Glucómetro, uno cada tres años por suscriptor así como tirillas y lancetas (solo para suscriptores con diabetes). · Glucómetro que sea aprobado por la <i>Food and Drug Administration</i> (FDA, por sus siglas en inglés) en pacientes menores de 21 años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo I, por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología, uno cada tres años por suscriptor así como el uso de 150 tiras reactivas y 150 lancetas mensuales. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación para ser cubierto. Además, la selección de la marca de la bomba de infusión de insulina la determinará el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física, el conocimiento del paciente y/o cuidadores sobre la condición. El uso del monitor de glucosa con sus adiciones en aquellos pacientes que presentan una predisposición clínica o un mayor número de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo I. Según dispone la Ley 177 del 13 de agosto de 2016. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Pruebas y Equipos para suscriptores que requieran el uso de un Ventilador Mecánico</p>	
<p>Según Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la ley, la cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aun luego de rebasar los 21 años requieran del uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente de servicios de enfermeras(os) diestras(os) con conocimiento en terapia respiratoria, o especialista en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conlleva el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en farmacias participantes. Requiere pre-autorización.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Servicios para Tratamiento de Autismo y Síndrome de Down</p>	
<p>Están cubiertos servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con desorden de continua del Autismo y Síndrome de Down sin límites según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012 y Ley 97 del 15 de mayo de 2018 respectivamente. Estos beneficios están integrados en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato. Algunos de los servicios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Exámenes de genéticas, neurológicos, inmunología · Pruebas de laboratorio · Servicios de gastroenterología · Servicios de nutrición · Terapia respiratoria, terapia física, ocupacional, terapia del habla y lenguaje · Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años. 	<p>Aplica 40% de coaseguro</p>

<ul style="list-style-type: none"> · Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social (con licencia vigente por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Beneficios Pediátricos	
<ul style="list-style-type: none"> · Visitas al pediatra · Evaluación médica anual · Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas · Vacunas · Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de Cernimiento 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<ul style="list-style-type: none"> · "Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. Según dispone la Ley 139 del 8 de agosto del 2016. 	Aplica 50% de copago.
Beneficios Dentales	
<p>Se incluyen los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Examen comprensivo inicial, uno (1) cada tres años por suscriptor por año contrato. (D0150) · Examen periódico, uno (1) cada (6) seis meses, por suscriptor. (D0120) · Examen oral de emergencia (con reporte) limitado a dos (2) veces por suscriptor por año contrato. (D0140) · Radiografía periapical intraoral, una (1) por año contrato. (D0220) · Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por año contrato. (D0230) · Radiografía de mordida hasta una (1) por año contrato. (D0270) · Radiografía de mordida dos (2) por año (derecha e izquierda). (D0272) · Radiografía panorámica, cada tres (3) años. · Limpiezas dentales para adultos y niños cada 6 meses. (D1110 y D1120) · Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños y adolescentes hasta los 19 años una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato. (D1208) · Aplicación de sellantes a niños limitados hasta los 14 años, un tratamiento por diente de por vida en pre molares y molares permanentes no previamente restaurados. (D1351) · Restauración en amalgama de 1 a 4 superficies en dientes primarios y permanentes. (D2140, D2150, D2160 y D2161). Aplica copago. · Restauración en resina de 1 a 4 superficies en dientes anteriores y sellantes de fisura primero y segundos molares permanentes hasta los 14 años (D2330, D2331 y D2332). Aplica copago. · Extracciones simples (D7140). Aplica copago. 	<p>Cubierto, servicios preventivos 0% Copago</p> <p>Servicios restaurativos, radiografía panorámica y de extracciones sencillas aplica copago de 40%</p>

<p>Cuidado de Salud en el Hogar</p>	
<p>Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Servicios de Enfermería - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a), limitados a un máximo de dos (2) visitas diarias. · Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente, limitadas a un máximo de dos (2) visitas diarias. · Terapias Físicas, Ocupacionales, Terapia del Habla y Lenguaje y Respiratoria - hasta un máximo de cuarenta (40) visitas, por año contrato. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar.</p> <p>Servicios de proveedores no participante se pagará por reembolso a base de las tarifas establecidas, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Requiere pre-autorización. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Servicios de Nutrición</p>	
<p>SERVICIOS DE NUTRICIÓN POR OBESIDAD MÓRBIDA, CONDICIONES RENALES Y DIABETES: Plan Médico SSBV pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas estarán limitadas a un máximo de cuatro (4) visitas, por año cubierta, por suscriptor</p> <p>Por reembolso hasta \$20.00 por visita.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Servicios de nutrición hasta 4 visitas por año contrato por suscriptor. Por reembolso hasta \$20.00 por visita.</p>	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
<p>Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina</p>	
<ul style="list-style-type: none"> · Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en la oficina o consultorio médico. Requiere pre-autorización. · Procedimientos de ablación. Requiere pre-autorización. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Condiciones Mentales Generales	
Hospitalizaciones por condiciones mentales, incluyendo hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
<p>Servicios para el tratamiento de condiciones mentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Hospitalizaciones regulares, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. · Hospitalizaciones parciales, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a 1 día de hospitalización regular. · Terapias electro convulsivas (ECT) por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares del <i>American Psychiatric Association (APA)</i>. Requiere pre-autorización. · Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo clínico participante. · Visitas colaterales. · Visitas de terapia en grupo (de pacientes). · Enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. Se pagará a través de reembolso. · Servicios en las salas de emergencia o urgencias, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad. 	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Otras Evaluaciones Psicológicas	
<p>Prueba Psicológica: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico.</p>	Cubierto. \$0.00 copago/coaseguro

Las emergencias psiquiátricas y la transportación entre instituciones de proveedores de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud están cubiertas conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008. Este beneficio estará cubierto, siempre y cuando la entidad que provee los servicios esté autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico.

Los servicios cubiertos en este contrato pueden ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología, según dispone la Ley 239 del 13 de septiembre de 2012, con nivel de maestría o doctorado, adiestrados y con experiencia para ofrecer servicios de salud, debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalización regular, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. ▪ Hospitalización parcial, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a 1 día de hospitalización regular. ▪ Visitas a psiquiatras, psicólogos clínicos (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). ▪ Visitas (colaterales) provistas por un psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). ▪ Visitas para terapias en grupo. 	<p>Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros</p>
Tratamiento Residencial (<i>Residential Treatment</i>)	
<p>Cubre tratamiento residencial para drogadicción y alcoholismo con justificación médica y los servicios estén disponible en Puerto Rico (Requiere pre-autorización). Incluye Detox.</p>	<p>Aplica \$150.00 de copago.</p>
Cesación de Fumar y Uso del Tabaco	
<p>Cesación de Fumar y Uso del Tabaco (consejería para dejar de fumar y usar tabaco). Cubierto si es ordenado por su médico. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso del tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.</p>	<p>Cubierto. \$0 copago</p>

CUBIERTA DE FARMACIA

Beneficios

Se provee cubierta para medicamentos recetados por el médico de cuidado personal, para los cuales su dispensación esté por la Administración Federal de Alimentos y Drogas y en cuyo envase se indique que no se podrá despachar sin prescripción médica.

Si su médico le recetó un medicamento no cubierto por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacerle una receta nueva con un medicamento que esté cubierto. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

El uso de medicamentos de forma continua para tratar condiciones crónicas, bajo los estándares de la buena práctica de la medicina, no se interpretará como abuso de los mismos. El Plan Médico SSBV se reserva el derecho de cancelar el contrato o a recobrar los gastos incurridos a cualquier suscriptor cuando se identifique que la utilización de un medicamento está destinada a mantener alguna condición considerada como adicción o cuando el uso de dicho medicamento constituye un abuso del mismo, de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica, salvo dicho tratamiento sea contemplada en la cubierta y según dispuesto por ley.

Las medicinas se deben obtener en farmacias participantes de la cual administra está cubierta mediante contrato con Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista Inc. Para una lista de farmacias participantes pueden comunicarse a las oficinas del Plan Médico SSBV al (787) 833-8070. También puede visitar nuestro portal en la Internet a la dirección: www.planmedicobellavista.com.

Los beneficios se cubrirán de la siguiente manera:

1. Servicios prestados por farmacias participantes:

La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta del suscriptor del Plan Médico SSBV y de una receta, las medicinas cubiertas que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al suscriptor que resulte en exceso del copago o coaseguro.

2. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico:

El Plan Médico SSBV está basada en el uso de facilidades participantes para prácticamente todos los servicios cubiertos. Sin embargo, si en algún momento tuvieses que utilizar los servicios de una farmacia no participante, en estos casos debes asegurarte de pedir recibos que especifiquen claramente la fecha y hora del servicio, en nombre del medicamento, el NDC y la cantidad y la dosis despachada y la pagada por cada medicamento. Se le reembolsará según las tarifas contratadas a nuestros proveedores después de aplicado el coaseguro y/o copago según sea el caso. Además, deberá ser un medicamento cubierto dentro de formulario y según los requisitos del formulario.

3. Servicios prestados por farmacias no participantes en Estados Unidos de América:

Si los medicamentos cubiertos los provee una farmacia no participante en los Estados Unidos de América, la persona suscrita tendrá derecho al reembolso del gasto incurrido, de acuerdo a lo establecido en esta cubierta. A esta cantidad se le descontará el copago o coaseguro aplicable, según se establece en esta cubierta. Estos servicios están cubiertos si son provistos en farmacias localizadas en Estados Unidos de América.

DESCRIPCIÓN DE CUBIERTA

Como parte de los beneficios en la cubierta básica el Plan Médico SSBV provee al suscriptor y a sus dependientes elegibles incluidos en el contrato una cubierta para medicamentos. Dicha cubierta de medicamentos recetados provee despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. En adición, se cubre los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Los medicamentos recetados que están cubiertos en este contrato son los siguientes:

- a. Genéricos tanto agudos como de mantenimiento que tengan la aprobación de la FDA y recetados por un médico licenciado.
- b. De marca preferida, marca no preferida y medicamento especializados tanto agudos como de mantenimiento que tengan la aprobación de la FDA y recetados por un médico licenciado.
- c. Preventivos requeridos al amparo del "Patient Protection and Affordable Care Act".
- d. Buprenorfina.
- e. Insulina y suministros para diabetes tales como agujas o jeringuillas hipodérmicas (cuando son recetadas para usar con insulina).
- f. Medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer.
- g. Medicamentos para cesar de fumar.

De usted solicitar un medicamento de marca cuando exista un genérico disponible, su pago será mayor, usted será responsable del copago que aplique al medicamento genérico más el 100% de la diferencia entre la cantidad que hubiéramos pagado entre el medicamento de marca y el medicamento genérico disponible. Si por el contrario, el médico que prescribe, determina que el medicamento de marca es medicamento necesario usted solo pagará el copago que aplique al medicamento de marca.

Usted será responsable de pagar la totalidad de la receta o repetición si utiliza una farmacia no participante de la red del Plan Médico SSBV o si no presenta su tarjeta de identificación. Para solicitar reembolso deberá completar el formulario correspondiente en nuestras oficinas. Es posible que tenga que pagar una diferencia en el costo del medicamento por utilizar una farmacia no participante. Dicho costo que usted pague por encima de la tarifa contrata y cualquier copago y/o coaseguro que usted pague a una farmacia no participante no aplicaran a la cantidad de desembolso máximo por medicamentos ni a cualquier cantidad de desembolso máximo, de haber alguna.

Está cubierta está basada en el uso de un formulario de medicamento. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por el Plan Médico SSBV. Los medicamentos seleccionados fueron escogidos en consulta con un equipo de proveedores de servicios de salud, estos representan las terapias farmacológicas que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. El Plan Médico SSBV cubrirá los medicamentos listados en el formulario, siempre y cuando la droga sea médicamente necesaria, el medicamento es suministrado en una farmacia de la red y se cumpla con los requisitos y/o límites establecidos en la cubierta.

El Plan Médico SSBV proveerá copia del formulario en el cual se incluyen los medicamentos cubiertos y los requisitos y/o límites establecidos sobre los medicamentos que así lo requieran. El Plan Médico SSBV solo podrá hacer, durante la vigencia del contrato, cambios en el formulario o en otros procedimiento de manejo de medicamento de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario.

A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, notificara, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique el cambio a los siguientes:

- a. Todas las personas cubiertas o suscriptores y
- b. a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. En este caso, el Plan Médico SSBV deberá dar notificación con 30 días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Cuando un medicamento no aparezca en el formulario usted puede llamar a Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Si su medicamento no está cubierto usted tiene dos opciones:

1. Solicitar a Servicio al Cliente que le provea una lista de medicamentos similares que Plan Médico SSBV cubre. Su médico puede recetarle un medicamento similar que este en el formulario provisto por el plan.
2. También puede solicitarle al Plan Médico SSBV que haga una excepción y cubra dicho medicamento.

Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

El Plan Médico SSBV mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta, o su representante personal, solicite la aprobación de:

1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
2. cubierta continuada de determinado medicamento de receta que Plan Médico SSBV habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
3. una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

El suscriptor, representante personal o su médico pueden solicitar por escrito una excepción al formulario si ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de su condición. Su médico deberá cumplimentar el documento CSS-04-002 y lo hará llegar al Comité de Farmacia del Plan Médico SSBV.

El suscriptor, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud de excepción médica, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor porque:

- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor;
- b. el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - i. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o
 - ii. ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al suscriptor

- iii. que ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
- c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

Plan Médico SSBV podrá requerir que la persona cubierta, o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo.

- (a) El Plan Médico SSBV sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:
 - (i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;
 - (ii) historial del paciente;
 - (iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;
 - (iv) razón por la cual:

- (I) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;
- (II) el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o
- (III) la dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;

- (v) razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, Plan Médico SSBV se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al suscriptor para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

1. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
2. si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica del Plan Médico SSBV u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

Los profesionales de la salud designados por Plan Médico SSBV para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las

cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación. El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone que Plan Médico SSBV tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que Plan Médico SSBV solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las treinta y seis (36) horas.

Si el Plan Médico SSBV no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica dentro del periodo antes mencionado:

- (i) La persona cubierta o suscriptor tendrá por un término de treinta (30) días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por lo términos que disponga la cubierta;
- (ii) la organización de servicios de salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

Si el Plan Médico SSBV no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta o suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, el Plan Médico SSBV proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

- a. La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
- b. se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

El Plan Médico SSBV no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por el Plan Médico SSBV:

- (a) Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el suscriptor ha acordado recibir la información por esa vía;
- (b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y
- (c) se podrá apelar mediante la presentación de una querrela a tenor con el capítulo sobre Procedimientos Internos de Querrelas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

La denegación expresará de una manera comprensible al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal:

- (a) Las razones específicas de la denegación;

- (b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- (c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
- (d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

No se interpretará que se permite que el suscriptor pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté excluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

Autorización de Medicamentos:

El Plan Médico SSBV cubre tanto medicamentos de marca, como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos, ya que tiene el mismo ingrediente activo como el medicamento de marca. Generalmente, el medicamento genérico cuesta menos que un medicamento de marca.

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales y/o límites para ser cubiertos. Estos requisitos y límites son:

- **Pre-autorización:** El Plan Médico SSBV requiere pre-autorización para ciertos medicamentos. Esto quiere decir que usted debe recibir aprobación del Plan Médico SSBV antes obtener sus medicamentos. El Plan Médico SSBV podría no cubrir estos medicamentos sujetos a cumplir con ciertos criterios médicos.
- **Límite de cantidad:** Para ciertos medicamentos, el Plan Médico SSBV limita la cantidad a ser cubierta. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el manufacturero, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, el Plan Médico SSBV requiere que usted primero trate su condición médica con un medicamento antes de cubrirle otro medicamento para esa condición.

La cantidad máxima en un despacho será de quince (15) días de medicación con excepción de medicinas de mantenimiento. Para medicinas de mantenimiento cubiertas en este contrato el despacho podrá ser hasta treinta días de medicación. Algunos medicamentos estarán cubiertos bajo las cantidades máximas recomendadas por su manufacturero.

Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por el médico que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una. Cuando el historial del suscriptor así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.

1. Medicamentos para el tratamiento de tiroides.
2. Nitroglicerina.
3. Medicamentos para cardíacos.
4. Medicamentos para diabetes.
5. Medicamentos para el Mal de Parkinson.
6. Vasodilatadores.
7. Anticonvulsivos.
8. Hormonas del sexo.
9. Medicamentos para Glaucoma.
10. Diuréticos.

11. Vitaminas prenatales.
12. El medicamento Buprenorfina, para el tratamiento de adicción a opiáceos, estará cubierto dentro de las cubiertas de medicamentos. Ley Núm. 140 de 22 septiembre de 2010.

Todo medicamento genérico está cubierto como primera opción de acuerdo a la descripción de cubierta, se incluye además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Los medicamentos recetados que están cubiertos en el contrato son los siguientes:

- 1. Medicamento genéricos**
- 2. Medicamento de marca preferido**
- 3. Medicamentos de marca no-preferido**
- 4. Medicamento especializado**

El beneficio inicial de farmacia tiene el límite de \$1,500.00 por individuo. Una vez alcanzado el total del beneficio inicial el segundo nivel será ilimitado, de \$1,500.01 en adelante pagara un 80% de coaseguro en el segundo nivel. Para coaseguros y copagos refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

EXCLUSIONES

1. Medicinas que se puedan despachar sin necesidad de prescripción médica, conforme a las leyes y reglamentaciones federales (Medicamento OTC) excepto a los requerimientos establecidos por ley estatal y/o federal.
2. Medicamentos recetados fuera del periodo de cubierta del suscriptor.
3. Medicinas por las cuales el suscriptor pueda ser compensado bajo cualquier ley o por las cuales pueda recibir reembolso de cualquier agencia del gobierno federal, estatal o municipal.
4. Bloqueadores H2
5. Medicina para infertilidad e impotencia no importa su uso.
6. Medicamentos para el tratamiento de acné en todas las formas de presentación sin importar su uso.
7. Minoxidil (Rogaine) para el tratamiento de alopecia (tratamiento para la pérdida del cabello).
8. Productos de hidroquinona (productos de pigmentación y despigmentación).
9. Mestinon y Prostigmin, en todas las formas de presentación.
10. Hormona del crecimiento, Hormona Antidiurética y cualquier otra hormona exceptuando las hormonas de sexo.
11. Anti RhO globulina inmune, Vacunas hipoadérgicas, suero biológico, sangre o plasma y sustancias relacionadas.
12. Repeticiones de medicinas con la misma receta mayor a lo indicado por la cubierta.
13. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la Ley.
14. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmetología.
15. Medicinas en etapa de investigación y/o experimentación.
16. Agentes retrovirales e inhibidores de proteasa.
17. Drogas para el tratamiento de anorexia y/o control de peso.
18. Drogas mientras el paciente está hospitalizado, o en una casa de convalecencia o en facilidades ambulatorias.
19. Cargos por instrumentos artificiales (lancetas, tirillas, medidores de glucosa en la orina o sangre) e instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos, a menos que se incluyan como parte de la cubierta básica.
20. Vitaminas y suplementos nutricionales excepto las prenatales (ácido fólico para mujeres de ciertas edades y para suplemento de hierro para niños entre seis (6) y doce (12) meses) y los suplementos de Vitamina D para prevenir caídas en adultos con 65 años o más de edad).
21. Medicamentos para trasplante de órganos y tejidos excepto para el trasplante de hueso, piel y córnea.
22. Medicamentos para el tratamiento de medicina alternativa.
23. Medicamentos para los cuales se requiera pre-autorización y la misma no se haya sido aprobada.
24. Repetición de receta para un medicamento hasta que el suscriptor haya usado al menos el 75% de la receta anterior.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS
Cubierta Metálica Pago Directo ORO POS

Beneficios Cubiertos	Copagos, Coaseguros y Deducibles
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	\$0.00
-Familiar	\$0.00
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) Beneficios Médicos y Medicamentos	
-Individual	\$6,350.00
-Familiar	\$12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud	
Hospitalización	
Admisión al Hospital con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1) (incluye hospitalización parcial)	\$100.00
-Admisión al Hospital (Nivel 2)	\$200.00
-Admisión Psiquiátrica	\$100.00
-Admisión Psiquiátrica Parcial	\$100.00
-Diálisis y Hemodiálisis	40%
-Pruebas diagnósticas especializadas con Sist. de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Pruebas diagnósticas especializadas (Nivel 2)	50%
-Procedimientos de ablación	20%
Servicios de Emergencia	
-Trauma (Accidente) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	\$30.00
-Trauma (Accidente) (Nivel 2)	\$50.00
-Enfermedad con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	\$30.00
-Enfermedad (Nivel 2)	\$50.00
Otros Servicios Cubiertos	
-Centro de Cuidado de Enfermería Diestro (Skill Nursing Facility)	\$150.00
-Uso de Centro de Cirugía Ambulatoria con Sis.de Salud Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Uso de Centro de Cirugía Ambulatoria (Nivel 2)	30%
Servicios Profesionales	
- Servicios Preventivos (Incluyendo los de la mujer y de cernimiento para la detección de la condición de Autismo)	\$0.00
-Generalista	\$10.00
-Especialista	\$15.00
-Sub-Especialista con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	\$10.00
-Sub-Especialista (Nivel 2)	\$15.00
-Audiologo	\$10.00
-Optómetra	\$10.00
-Psiquiatria	\$10.00
-Psicólogo	\$10.00

-Podiatría	\$10.00
-Nutricionista, Servicios de Obesidad Mórbida, Condiciones Renales y Diabetes	Cubierto a través de reembolso hasta \$20
-Quiropráctico	\$10.00
-Colaterales y terapia en grupo	\$15.00
-Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00
-Cuidado preventivo del recién nacido	\$0.00
Pruebas Diánosticas Especializadas	
-Sonogramas con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Sonogramas (Nivel 2)	50%
-Tomografías Computadorizadas (CT) con Sist. de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Tomografías Computadorizadas (CT) (Nivel 2)	50%
-Pet Scan con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Pet Scan(Nivel 2)	50%
-Medicina Nuclear con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Medicina Nuclear (Nivel 2)	50%
-Resonancia Magnética (MRI) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Resonancia Magnética (MRI) (Nivel 2)	50%
-Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) (Nivel 2)	50%
-Electromiogramas con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Electromiogramas (Nivel 2)	50%
-Polisomnografía con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Polisomnografía (Nivel 2)	50%
-Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa y neurológicas con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa y neurológicas (Nivel 2)	50%
-Electroencefalogramas con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Electroencefalogramas (Nivel 2)	50%
-Pruebas Cardiovasculares y vasculares con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Pruebas Cardiovasculares y vasculares (Nivel 2)	50%
-Ecocardiogramas con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Ecocardiogramas (Nivel 2)	50%
-Timpanometría con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Timpanometría (Nivel 2)	50%
-Densitometría ósea (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	25%
-Densitometría ósea (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) (Nivel 2)	35%
-Mamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	25%
-Mamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) (Nivel 2)	35%
-Sonomamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	25%
-Sonomamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA) (Nivel 2)	35%

-Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%
-Radiología intervencional con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Radiología intervencional (Nivel 2)	50%
-Endoscopias con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Endoscopias (Nivel 2)	50%
Servicios Ambulatorios	
-Tratamiento contra Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida/ HIV) con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Tratamiento contra Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida/ HIV) (Nivel 2)	50%
-Litotricia	50%
-Sistema Quirúrgico Da Vinci con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Sistema Quirúrgico Da Vinci	30%
-Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia (Nivel 2)	50%
-Diálisis y Hemodiálisis con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Diálisis y Hemodiálisis (Nivel 2)	50%
-Laboratorios clínicos con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	25%
-Laboratorios clínicos (Nivel 2)	35%
-Rayos X con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	25%
-Rayos X (Nivel 2)	35%
-Pruebas de alergia	\$10.00
-Inyecciones intrarticulares	\$10.00
-Cirugía Cuello Uterino	20%
-Servicios de esterilización para hombres (Vasectomía)	20%
-Servicios de esterilización para mujeres	0%
-Inmunoprofilaxis (Vacunas no preventivas)	40%
-Vacunas Synagis	40%
-Vacunas preventivas	0%
-Servicios pre y post natales	0%
-Perfil Biofísico	40%
-Exámenes Pélvicos y Citología Vagina	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 con Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina (Nivel 2)	30%
-Procedimientos ablación	20%
-Curación de heridas no cicatrizantes en Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Curación de heridas no cicatrizantes (Nivel 2)	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
-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 en Sistema de Salud Bella Vista (Nivel 1)	30% hasta \$5,000 luego 80%
-Equipo Médico Duradero (Nivel 2)	50% hasta \$5,000 luego 80%
-Pruebas y Equipos para beneficiarios que requieran el uso de un Ventilador Mecánico	40%
Medicamentos (Formulario)	
-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 (de \$1,500.01 en adelante en adelante)	80%
Servicios Dentales	
-Diagnósticos y Preventivos	\$0.00
-Restauración y extracciones sencillas	40%
-Radiografía panorámica	40%
Servicios de Visión Pediátrica	
-Espejelos para suscriptores hasta los 21 años	\$0.00
-Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominando como fenilceonuria	Aplica 50% de copago
Servicios de Ambulancia	
-Ambulancia Aérea en Puerto Rico	50%
-Transporte de Ambulancia	Cubierto a través de reembolso hasta \$80 por viaje, excepto los servicios prestado a través del sistema 9-1-1 que serán pagaderos directamente al proveedor.
Otros Servicios Cubiertos	
-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	50%
- Servicios de emergencia en EU	50%
- Visitas en el Hogar	Aplica según sección de Servicios Profesionales

Servicios para el tratamiento de desórdenes de Autismo y Síndrome de Down	
-Exámenes neurológicos, inmunología, genéticas y de laboratorio	50%
-Pruebas de cernimiento para la detección de la condición de autismo	\$0.00
-Evaluaciones de Terapia física, ocupacional y de habla	\$15.00
-Visitas al Psiquiatra, Psicólogo o Trabajador Social	\$15.00

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

Está cubierta no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras la cubierta de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona suscriptor no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, cuidado supervisado, casa de descanso, casa de convalecencia.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos y otros especificados en esta cubierta.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos para propósitos de empleo.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Plan Médico SSBV determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el suscriptor se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, Plan Médico SSBV cubrirá los "gastos médicos rutinarios del paciente", entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios de paciente", aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para sean utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, Plan Médico SSBV pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
10. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastías, rinoseptoplastías, blefaroplastías, intervenciones quirúrgicas y tratamientos

- médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico; tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
11. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
 12. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con éstas. Diagnóstico, servicios y tratamiento, implantes y cirugías para corregir disfunción eréctil y la condición de impotencia.
 13. Servicios por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales. Se estarán cubriendo pruebas de laboratorio ordenados para el tratamiento de infertilidad siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos.
 14. Gastos por servicios de escalenotomía (división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical).
 15. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta cubierta.
 16. Gastos por servicios médicos en tratamientos de acupuntura.
 17. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
 18. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
 19. Servicios de asistencia quirúrgica, independientemente de si existe o no justificación médica para la misma.
 20. Gastos por servicios dentales (excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos) tales como ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos.
 21. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
 22. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis.
 23. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
 24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
 25. Servicios prestados en centros de cirugía ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
 26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
 27. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, una vez termine los servicios ofrecidos por el programa del patrono, cualquier otro servicio adicional que necesite está cubierto.
 28. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado, excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionado una lesión sufrida mientras la persona cubierta estuvo activa en el ejército (service connected), en cuyo caso Plan Médico SSBV recobrara a la Administración de Veteranos por tales servicios pagados.
 29. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y Plan Médico SSBV determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta.
 30. Transportación por marítima.
 31. Gastos por tratamiento residencial fuera de Puerto Rico.
 32. La cirugía para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o "bypass" gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en

exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere pre-autorización previa.

33. Gastos por prueba de laboratorios para *heavy metals*, *HLA Typing*, dopaje y paternidad.
34. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
35. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (*skin tags*), reparación de ptosis, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
36. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago.
37. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje, excepto las ofrecidas bajo los servicios establecidos como cubiertos en este contrato.
38. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente.
39. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
40. Tratamiento para inseminación artificial y fertilización "in vitro".
41. Cirugías y microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformaciones, excepto si los defectos son anomalías congénitas para niños recién nacidos, recién adoptados y adoptados para adopción de conformidad con el Capítulo 54 del Código de Seguros de Salud de PR), liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estético de celulitis.
42. Cámara hiperbárica.
43. Maternidad delegada.
44. Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE DENTAL

Las exclusiones de la cubierta de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

El Plan Médico SSBV no pagará por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no contemplado como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full Mouth Reconstruction*).
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos).
4. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
5. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
6. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos provistos bajo los servicios de ortodoncia.
7. Gastos por servicios de prótesis, periodoncia y ortodoncia.
8. Servicios de apicectomía y tratamiento de canal en dientes molares.

CONTACTOS

Portal de internet: www.planmedicobellavista.com

Dirección de correo electrónico: info@planmedicobellavista.com

Dirección postal y física: 770 Avenida Hostos
Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Teléfono Servicio al Cliente: (787) 833-8070

Pre-autorizaciones: (787) 833-8070

Número de facsímile: (787) 832-5400

Horario de Servicio al Cliente: Lunes a Jueves: 8:00 AM a 4:30 PM y Viernes: 7:30 AM a 4:00 PM