TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan		
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
Deducible Anual (Beneficios Médicos)			
A	Individual	\$0	\$0
B	Familiar	\$0	\$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)			
A	Individual	\$0	\$50
B	Familiar	\$0	\$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos			
-	Individual	\$6,350	\$6,350
-	Familiar	\$12,700	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia			
C	Accidente	\$70	\$70
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$20	\$20
C2	Enfermedad	\$80	\$80
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$20	\$20
Hospitalización			
D	Hospitalización	\$250	\$200
L	Hospitalización Parcial	\$125	\$100
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$250	\$200
-	Asistencia Quirúrgica en Hospital	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios			
E	Generalista	\$10	\$10
F	Especialista	\$20	\$18
G	Sub Especialista	\$20	\$20
F	Podiatra	\$20	\$18
F	Quiropráctico	\$20	\$18
F	Siquiatra	\$20	\$18
F	Sicólogo	\$20	\$18
F	Audiólogo	\$20	\$18
F2	Optómetra	\$10	\$10
H	Facilidad Ambulatoria	50%	55%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%	55%
-	Procedimientos Endoscópicos	40%	40%
-	Pruebas de Alergia	\$10	\$10
-	Biopsia del Seno	\$50	\$50
I	Vasectomía	50%	50%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	\$10	\$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%
-	Timpanometría y Audiometría	\$10 por cada uno	\$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			
S	Terapia Física	\$12	\$12
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	\$12	\$12
S2	Terapia ocupacional	\$10	\$12
S	Terapia del Habla y Lenguaje	\$7	\$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	\$10	\$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$12	\$12
Salud Mental			

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan		
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
D	Hospitalización Regular	\$250	\$200
L	Hospitalización Parcial	\$125	\$100
F	Terapia de Grupo	\$20	\$18
F	Visitas Colaterales	\$20	\$18
F	Evaluación Neuropsicológica	\$20	\$18
F	Terapia Neuropsicológica	\$20	\$18
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0	\$0
L	Tratamiento Residencial	\$125	\$100
D	Detox	\$250	\$200
R	Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo		
-	Condición de Autismo	\$0	\$0
-	Exámenes neurológicos	\$0	\$0
-	Inmunología	\$0	\$0
-	Pruebas genéticas	\$0	\$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	\$0	\$0
-	Servicios de Gastroenterología	\$0	\$0
-	Servicios de Nutrición	\$0	\$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	\$0	\$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0	\$0
Farmacia			
M	Nivel 1 (Genérico)	\$10	\$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	40% mínimo \$20	40% mínimo \$20
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	50% mínimo \$30	50% mínimo \$30
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%	40%
Q	Beneficio máximo	\$1,500	\$1,200
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	90%	90%
-	Vacuna Rhogan	20%	20%
-	Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
J	Laboratorio	50%	55%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
J	Rayos X	50%	55%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	50%	55%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
Terapias de Cáncer			
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)	\$0	\$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Ambulatorio)	20%	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas			
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	\$0	\$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%	20%
Servicios de Maternidad			
-	Servicios prenatales y postnatales	\$0	\$0

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan		
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
-	Perfil biofísico	40%	40%
-	Esterilización post parto	\$0	\$0
-	Esterilización ambulatoria	\$0	\$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización
Servicios de Visión Pediátrica			
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0	\$0
-	Low Vision	\$0	\$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$0	\$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	\$0	\$0
Servicios de Visión Adulta			
-	Examen de refracción	\$0	\$0
-	Espeuelos para adultos	\$15	\$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$15	\$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos			
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
C	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	\$250	\$200
Programas incluidos como parte de sus beneficios			
F1	Nutricionista	Cubierto a través de reembolso hasta \$20	Cubierto a través de reembolso hasta \$20
F	Naturópatas	\$12	\$12
Cubierta Dental			
-	Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0