FIRST MEDICAL

ASOCIACIONES BONA FIDES DE GRUPOS PEQUEÑOS

CUBIERTA DE BENEFICIOS

2020

José A. Pagán
Vicepresidente Ejecutivo Senior

DIRECCIÓN POSTAL
PO Box 191580, San Juan PR 00918-1580

DIRECCIÓN FÍSICA
Ext. Villa Caparra, 530 Calle Marginal Buchanan, Guaynabo, PR 00966

Tel. 787-474-3999

NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS

En ésta sección encontrará una descripción general sobre las opciones en productos y cubiertas:

FIRST MEDICAL ASOCIACIONES BONA FIDES PARA GRUPOS PEQUEÑOS	Cubierta Médico-Hospitalaria
Farmacia:	Cubierta de Farmacia
Salud Oral:	Cubierta Dental
Cubierta Opcional:	Cubiertas de Gastos Médicos Mayores Cubiertas Dentales

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Esta Cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted LEA SU RESUMEN CUIDADOSAMENTE y se familiarice con sus términos y condiciones.

Esta Cubierta podría requerir que usted como empleado suscrito contribuya al pago de las primas establecidas. La información relacionada a las primas y a cualquier porción de los costos de primas que el suscriptor tenga que pagar, en el caso de que él/ella deje de ser elegible a este plan, puede obtenerla solicitando la correspondiente orientación.

Es esencial que usted MANTENGA EL PAGO DE SUS PRIMAS AL DÍA. Su cubierta podría ser cancelada por falta de pago. El costo de su plan puede ser contributario y el pago de primas puede que sea compartido entre usted y su patrono. En cualquiera de los casos, ASEGÚRESE DE QUE SU ASOCIACIÓN HAGA LAS CORRESPONDIENTES ASIGNACIONES DE APORTACIÓN PATRONAL Y LOS DESCUENTOS DE NÓMINA QUE PUDIESEN APLICARLE A USTED, SEGÚN SEA EL PLAN QUE USTED ESCOJA. ESA ES UNA RESPONSABILIDAD PRIMORDIALMENTE SUYA COMO MIEMBRO SUSCRITO Y SUSCRIPTOR DEL PLAN. Recuerde, usted puede constatar esta información examinando sus talonarios de pago, mes tras mes. De igual forma, si usted estuviese en algún tipo de licencia, usted es igualmente responsable por velar que sus primas estén al día, incluyendo el pago de las aportaciones patronales que a usted le correspondan. Asegúrese de estos importantes detalles contactando la División de Nóminas de su Asociación siempre que esto sea necesario. De esta forma usted disfrutará de la continuidad de su cubierta.

CUBIERTA BÁSICA

Este contrato contempla los beneficios mandatorios de las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010. Estos beneficios mandatarios incluyen los servicios preventivos según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force* y las vacunas de acuerdo a lo sugerido en las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Diseases Control and Prevention* y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
CUBIERTA DE HOSPITAL	
Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Habitación semiprivada	Cubierto 365 días, los suscriptores de este plan tienen derecho a una habitación semiprivada durante un periodo de hospitalización. Si el suscriptor seleccionara una habitación privada, First Medical pagará solamente la tarifa contratada de una habitación semiprivada, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria. Ninguna persona cubierta bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, está 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, First Medical Health Plan, Inc. lo efectuará directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.
Habitación de aislamiento	Cubierto
Unidad de cuidado intensivo	Cubierto
Unidad de cuidado intermedio de infantes y cuidado intensivo pediátrico y neonatal	Cubierto
Unidad de coronaria y cuidado coronario intermedio	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cerebrovasculares y neurológicas	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cardiovasculares	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Sala de operaciones y sala de recuperación	Cubierto
Comidas y dietas especiales	Cubierto
Hiperalimentación	Cubierto
Servicios general de enfermeras	Cubierto
Sangre para transfusiones	Cubierto
Oxígeno, material curaciones, medicamentos y determinación de gases arteriales	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Laboratorios y Rayos X y la reproducción de los mismos	Cubierto
Terapia respiratoria y física	Cubierto
Quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal	Cubierto
Radioterapia y cobalto	Cubierto
Terapia de radiación	Cubierto
Exámenes patológicos	Cubierto
Producción electrocardiogramas y electroencefalogramas	Cubierto
Servicio de telemetría, electromiogramas, ecocardiograma	Cubierto
Esterilización / Vasectomía	Cubierto
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Tratamientos, servicios de diagnóstico y consultas	Cubierto
Cirugías	Cubierto
Servicios de obstetricia	Cubierto
Circuncisión	Cubierto
Asistencia quirúrgica en el hospital	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Cirugía cardiovascular, cerebrovascular y Neurológica	Cubierto
Marcapasos y válvulas	Cubierto
Prueba de función pulmonar	Cubierto
Cirugía Maxilofacial	Cubierto, cuando sea necesario por motivo de un accidente NO cubierto bajo Legislación Estatal (ACAA, Fondo de Seguro del Estado) o Federal (Administracion de Veteranos). Debe realizarse dentro del periodo de tiempo de vigencia de la cubierta de beneficios. Requiere previa autorización del plan y no aplica para condiciones cosméticas.
Litotripcia	Cubierto. **Requiere autorización previa del plan.**
Pruebas cardiovasculares invasivas	Cubierto
Pruebas cardiovasculares no invasivas	Cubierto
Cirugía de acné	Cubierto, sólo cuando sea médicamente necesario.
Trasplante de piel, hueso y córnea	Cubierto, los gastos completos de cirugía incluyendo la transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, post-cirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019.
Cirugía bariátrica por hospitalización	Cubre sólo el *bypass* gástrico, banda ajustable o la cirugía de banda gástrica para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía por vida siempre y cuando el servicio esté disponible en Puerto Rico, **sujeto a autorización previa del plan**.
Cirugía ortognática (osteotomía mandibular y maxilar, Lefort)	Cubierto. Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía. **Requiere autorización previa del plan.**
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
SERVICIOS POST HOSPITALARIOS	
Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (Skilled Nursing Facility)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Los servicios post-hospitalarios se ofrecen hasta un máximo de 120 días por suscriptor por año contrato. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos (14) catorce 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. **Requiere autorización previa del plan.**
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE)	
Aplica copago, ver línea D2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato Deben ser solicitados por el médico del suscriptor y debe ser provisto por una organización	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
debidamente certificada para este propósito. Estos servicios estarán cubiertos, si los mismos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta y que se presten por motivos de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado, sujeto a previa autorización del plan.	
Servicios de Enfermería y Auxiliar de Servicios en el Hogar	Cubierto, equipo tecnológico con los servicios de enfermeras, turno diario de 8 horas según la ley 125 del 21 de septiembre de 2007.
Visita en el hogar	Una visita por un miembro de la organización certificada para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar se considerará cada uno como una visita en el hogar.
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S, S1, S2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 40 terapias combinadas.
Terapia física, ocupacional y del habla bajo condición de autismo	Cubierto al 100%.

SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Todo paciente con la condición de Síndrome de Down suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018.

Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad.

Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda.

Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son:

- Pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición,
- Visitas Médicas,
- Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente,
- O viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.

SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CÁNCER DE SENO

Requiere autorización previa del plan.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como "La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.

Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos,

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, 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 de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad. La Ley Núm. 82 de 15 de marzo de 2018, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la Ley Núm. 275 de 2012, supra, dispone que será responsabilidad de los Proveedores de Servicios de Salud, referir a todo suscriptor diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La cubierta catastrófica o especial le será provista a todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables." Para abonar a que se cumpla con la disposición antes reseñada de la Ley Núm. 82 supra, por los proveedores de servicios de salud, First Medical orienta a los proveedores de servicios de salud quienes están ofreciendo servicios a los pacientes con cáncer y a los suscriptores con diagnóstico de cáncer, sobre el derecho que tienen de ser suscriptores de la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno, basado en criterios establecidos. Parte de la orientación es que todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.	
SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA DE OPERACIONES PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES	
Requiere autorización previa del plan.	
Los servicios de anestesia general y uso de sala de operaciones para procedimientos dentales serán cubiertos, según lo dispuesto en la Ley 352 de 1999. Aplica copago de hospitalización, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Los mismos serán ofrecidos por un dentista pediátrico, cirujano oral o un maxilofacial que sea miembro de la facultad medica hospitalaria y el cual determine la necesidad de su uso ya sea por complejidad o condición médica y siguiendo los criterios de la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Esta cubierta dependerá de los siguientes indicadores: 1. cuando por razón de edad, impedimento o discapacidad física o mental, está imposibilitado para resistir o tolerar dolor y cooperar con el tratamiento dental sugerido. 2. cuando el paciente, entiéndase infante, niño(a), adolecente o persona con impedimento físico o mental presente alguna condición médica que haga indispensable el uso de una facilidad quirúrgica con anestesia general de manera de no comprometer su salud.	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
3. cuando la anestesia local sea inefectiva o esté contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica. 4. cuando el paciente sea un infante, niño(a) adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos detales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental. 5. cuando un paciente haya recibido trauma dental extenso y severo donde el uso de anestésico local comprometa la calidad de los servicios o sea infectiva para manejar el dolor y aprehensión. La pre-autorización para este servicio se aprobará o denegará dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos por First Medical Health Plan, Inc. los cuales son: el diagnóstico del paciente; la condición médica del paciente, y las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental. Este beneficio está cubierto siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. sea el primario de la cubierta dental.	
SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS	
Visitas médicas al Generalista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Especialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Sub-especialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **G** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Ginecólogo / Obstetra (Especialista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Laboratorios y Rayos X	Aplica coaseguro, ver línea J de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
Cirugía en Oficina	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **I** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Examen físico rutinario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego del copago de visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.
Exámenes pélvicos y citología vaginal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Visitas al quiropráctico	Aplica copago de especialista, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Terapias físicas	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**
Manipulaciones de quiroprácticos	Aplica copago, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) manipulaciones quiroprácticas por suscriptor por año contrato, combinadas con terapias físicas. **Sujeto a necesidad médica y requiere autorización previa del plan.**
Servicios de rehabilitación	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**
Servicios Habilitativos (Habilitation Services)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**
Terapia respiratoria en Oficina Médica	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sujeto a necesidad médica comprobada.
Pruebas de alergia	Aplica $10.00 de copago. Hasta cincuenta (50) pruebas por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Condición de autismo	**Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019. Le aplica copago según servicio recibido, excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Biopsia del seno	Aplica $50.00 de copago
Vasectomía	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **I** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Inyecciones antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Radioterapia; cobalto: quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal.	Aplica 20% de coaseguro.
Inyecciones en las articulaciones	Aplica $10.00 de copago. Dos (2) por día, hasta un máximo de doce (12) por suscriptor por año contrato.
Visitas médicas a domicilio (Generalista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Criocirugía del cuello uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Ambulancia aérea en Puerto Rico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y previa autorización del plan. Sólo aplica en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra. El servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
Ambulancia terrestre en Puerto Rico.	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. Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
Pruebas Diagnósticas Especializadas/Estudios desórdenes de sueño (Polisomnografía)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Uno (1) de cada tipo, por suscriptor por vida. **Requiere autorización previa del plan.**
Yeso blanco aplicado en la oficina de los médicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Nutricionista	Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Servicios de nutrición por obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes	First Medical Health Plan, Inc. pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por un nutricionista o enfermedades metabólicas, quienes tienen que estar debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos. Las visitas a estos especialistas estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas al tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Equipo Médico Duradero	Aplica 40% coaseguro hasta un máximo de $5,000, luego del beneficio máximo aplica un 60% coaseguro. Será cubierto el alquiler o compra de equipo dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. tales como: oxígeno y del equipo necesario para su administración, sillas de ruedas y camas de hospitales o posiciones, sujeto a que: • El equipo sea usado primeramente con propósitos médicos. • El equipo pueda ser utilizado efectivamente en una facilidad no médica (ej. en el hogar). • El equipo pueda hacer una contribución significativa en el curso del tratamiento de la enfermedad o lesión. • El costo del equipo sea proporcional a los beneficios terapéuticos que de su uso se deriven. El alquiler o compra del equipo médico durable lo hará First Medical Health Plan, Inc. sujeto a la necesidad médica del paciente y **requiere previa autorización del plan.**
Bomba de Infusión de Insulina y Suplidos para Bomba de Infusión de Insulina	Cubierto a través del beneficio de equipo médico duradero (DME), para suscriptores menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016. Sujeto a la necesidad médica del paciente y especificaciones del endocrinólogo y **requiere previa autorización del plan.**
Equipo para medir la azúcar (Glucómetro)	Cubierto, uno cada tres años por persona cubierta y según las especificaciones del endocrinólogo, así

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	como, 150 tirillas y 150 lancetas cada mes, para suscriptores menores de 21 años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016.
Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida.	Aplica 40% de coaseguro. Según enmienda a la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como suscriptor a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad. Además, está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Requiere autorización previa del plan.
Visitas al Podiatra y tratamiento para el cuidado de rutina para los pies	Aplica copago de especialista, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Optómetras	Aplica copago correspondiente, ver línea **F2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Audiólogos	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Timpanometría y Audiometría	Aplica $10.00 de copago por cada uno. Hasta uno (1) de cada uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías	Aplica coaseguro de Facilidad Ambulatoria, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios de escalenotomía	Aplica coaseguro de Facilidad Ambulatoria, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Aplica 20% de coaseguro. Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Cubierto. Sólo en Puerto Rico.
Pruebas de Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual para todos los suscriptores, según la Ley 218 del 30 de agosto de 2012.	Cubierto al 100%
PRUEBAS ESPECIALIZADAS	
Aplica coaseguro Ver línea **K (Pruebas Diagnósticas Especializadas/ Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System)** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago, ver línea **K1 (Procedimientos Endoscópicos)** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Sonogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tomografía computadorizada (CT Scan)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Pruebas de medicina nuclear	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Pet CT y Pet Scan	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato, **requiere autorización previa del plan**, excepto condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo enfermedad de Hodgkin's las cuales serán cubiertas hasta dos (2) por suscriptor por año contrato.
Imagen por Resonancia magnética (MRI)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Endoscopías gastrointestinales	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Electrocardiograma (EKG)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Electroencefalogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Electromiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) por suscriptor por año contrato**.** Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Ecocardiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato**. Requiere autorización previa del plan.**
Densitometría Osea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Holter	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Estudios y procedimientos neurológicos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Nerve conduction velocity study	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) servicios por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Litotripcia	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Cateterismos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
PTCA - Angioplastía coronaria transluminal percutánea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Mielografía (Mielograma)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
SERVICIOS DE MATERNIDAD	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios prenatales y postnatales El cuidado prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la suscriptora principal, el cónyuge y toda mujer que cualifique como dependiente directo, incluida en el contrato. 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 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 de agosto de 1999** dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período 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 cuido 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.	
Perfil biofísico	Aplica 40% de coaseguro. Hasta un (1) servicio por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y para embarazos de alto riesgo no tiene límite. **Requiere autorización previa del plan.**
Esterilización post parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización correspondiente. Las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido, Conforme a la Ley 248 del año 1999.
Amniocentesis genética	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
Amniocentesis de maduración fetal	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
Producción e interpretación de monitoría fetal	Cubierto
SERVICIOS PEDIÁTRICOS	
Visitas al pediatra	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico	Cubierto
Evaluación Médica Anual	Cubierto. Dicha evaluación incluirá una evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición realizadas por el pediatra.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Vacunas	Las vacunas se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Disease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico, incluyendo los "Catch ups" (vacunas retrasadas en el calendario del niño) y serán cubiertos al 100%.
Vacuna contra el Cáncer Cervical	Se recomienda que se comience a vacunar a varones y féminas de 11 a 26 años. En el caso de niños o niñas de 9 años con historial de abuso sexual o agresión y quienes no han iniciado o completado la serie de 3 dosis, se recomienda que se comience a administrar la vacuna. En el caso de varones y féminas que son víctimas de abuso o agresión sexual deben recibir la vacuna del VPH según las edades recomendadas, si aún no han sido vacunados. Cubierto al 100%.
Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (palivizumab)	Cubierto de acuerdo al protocolo (palivizumab) (Synagis) establecido por la Ley 165 de 30 de agosto de 2006 y con 20% de coaseguro.
Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto al 100% conforme a lo establecido en la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.
Circuncisión y dilatación	Cubierto
SERVICIOS PREVENTIVOS	
$$0.00 de copago dentro y fuera de la Red	
Los servicios preventivos requeridos por la ley federal *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No*. 111-148 (PPACA) y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No*. 111-152 (HCERA) están cubiertos al 100%. **A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%:** https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/	
Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar 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 están cubiertos por este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría."	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS	
Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA)	Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Glucosa Anormal en la Sangre y Diabetes Mellitus Tipo 2	Cernimiento de glucosa anormal en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los doctores deben ofrecer o recomendar a los pacientes con glucosa anormal en la sangre y con Diabetes Mellitus tipo 2 intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física. Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
Uso poco saludable de alcohol	La USPSTF recomienda la detección del consumo de alcohol no saludable en adultos de 18 años o más, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas consejería conductual para reducir el consumo alcohol
Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal	Se le recomienda a los doctores a iniciar el uso de aspirinas en dósis bajas para la prevención primaria de enfermadades cardiovaculares y sobre el cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o mayor de enfermedades cardiovasculares y que no estén a riesgo de sangrado y que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que esten dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.
Cáncer colorrectal	Se recomiendan las pruebas de sangre oculta en la escreta para cernimiento parade cáncer colorectal; sigmoidoscopía, colonoscopía o pruebas serológicas en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varian.
Depresión	Cernimiento de depresión para adultos incluyendo mujeres embarazadas y en etapa posparto. El cernimiento debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas se recomiendan los ejercicios y la terapia física en comunidades que estén a mayor riesgo de caídas.
Prevención de caídas en adultos mayores: Vitamina D	Suplemento de Vitamina D en adultos de 65 años en adelante que viven en las comunidades que estén en mayor riesgo de caídas.
Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adolescentes no embarazadas y adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección, adultos y adolescentes no embarazadas.
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección. Además, ofrecer cernimiento del Virus de Hepatitis C a adultos que hayan nacido entre los años 1945 y 1965.
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Inmunización (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para adultos: dosis, edades y poblaciones recomendadas varian: Hepatitis A, Hepatitis B, Culebrilla (Herpes Zoster), Virus del Papiloma Humano (HPV), Influenza (Flu Shot), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Pneumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis para adultos entre los 55 a 80 años, con historial de fumar 30 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar dentro de los últimos 15 años. El cernimiento debe descontinuarse una

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m2 o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.
Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	Adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares (CVD) se recomienda que utilicen una dosis baja a moderada del medicamento Statin para prevenir eventos de enfermedades cardiovasculares (CVC) y la muerte cuando estén entre los 40 a 75 años de edad, presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo calculado de 10 años de un evento cariovascular de un 10% o mayor. El identificar la dislipidemia y el cálculo del riesgo de eventos cardiovasculares a los 10 años, requiere un cernimiento universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazadas	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la FDA aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de 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.
Tuberculosis	Cerniminiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS	
Bacteriuria	Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde.
Cáncer relacionado a BRCA: Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la suscriptora amerita hacerse una prueba de BRCA.
Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.
Lactancia	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 para una máquina de lactancia, en conjunto con cada nacimiento.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (cotesting).
Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), incluyendo los métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción o administración de métodos anticonceptivos , educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
Ácido Fólico	Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.
Diabetes Mellitus Gestacional	Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas desde 24 semanas de gestación y para mujeres en alto riesgo de desarrollarla.
Hepatitis B	Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Mujeres embarazadas	Los médicos deben examinar a toda mujer para detectar el VIH, incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda mujer embarazada se cubrirá una primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación entre las 28 y 34 semanas de embarazo.
Examen de ADN del Virus del Papiloma Humano (HPV)	Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano (HPV) en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería, tengan señales o no de síntomas de abuso.
Uso de una dósis baja de Aspirina para prevenir la morbilidad y mortalidad por preeclamsia	Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Desintometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Desintometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Cernimiento sobre la Preeclamsia	Pruebas de cernimiento sobre la preeclamsia en mujeres embarazadas con medidas de alta presión sanguínea durante el embarazo.
Incompatibilidad con el factor Rh(D)	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 desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda mujer embarazada.
Dejar de Fumar Tabaco	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda mujer embarazada sobre uso de tabaco, que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda mujer embarazada para el cesar de consumir tabaco.
Well Woman Visits	Cuidado preventivo anual, incluye cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS	
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.
Cernimiento del Trastorno del Espectro Autismo	Cernimiento de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses de edad.
Comprotamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Cernimiento sobre caries dentales en infantes y niños hasta 5 años	Para la prevención de caries dentales en infantes y niños hasta 5 años de edad, se recomienda la aplicación de barniz de fluoruro en los dientes primarios comenzando a la edad de la erupción del diente primario en prácticas de cuidado primario. Se recomienda a los médicos de cuidado primario prescribir suplementos de fluoruro oral comenzando a los 6 meses de edad en niños cuyo suplido de agua es deficiente de fluoruro.
Depresión	Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para garantizar un diagnóstico preciso, o terapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Audición	Cernimiento de audición para recién nacidos conforme a lo establecido en la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos no embarazadas	Cernimiento del virus de la Hepatitis B (HBV) en personas en alto riesgo de infección.
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades hasta los 17 años y adultos de 18 años en adelante. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes y adultos no embarazadas	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para niños y adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	(Td/Tdap), Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B. Las vacunas contra el HPV deben comenzar a la edad de 9 años para niños y adolescentes con historial de abuso sexual, quienes no hayan iniciado o completado la serie de 3 dósis.
Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.
Obesidad en Niños y Adolescentes	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.
Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea).
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.
Enfermedad de Células Falciformes (Sickel Cell)	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Uso del tabaco en niños y adolescentes	Intervenciones incluyendo educación y una breve consejería para prevenir el inicio del uso de tabaco en niños de edad escolar y adolescentes.
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Tuberculosis	Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis, hasta los 21 años.
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.
SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS	
$0.00 de copago	
D0120 Examen oral periódico (dos (2) veces al año) intérvalo de (6) meses.	Cubierto
D0140 Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año).	Cubierto
D0150 Examen oral inicial cada doce (12) meses.	Cubierto
D0210 Radiografía de serie completa, una cada tres (3) años por suscriptor.	Cubierto
D0220 Radiografía periapical inicial.	Cubierto
D0230 Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D0272 Radiografía de mordida, un set cada doce meses por suscriptor.	Cubierto
D0330 Radiografía panorámica (cada tres (3) años).	Cubierto
D0460 Prueba de Vitalidad Pulpar.	Cubierto
D1110 Profilaxis dental para adultos, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D1120 Profilaxis dental para niños menores de doce (12) años de edad, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D1208 Tratamiento de fluoruro sólo para menores de diecinueve (19) años de edad, uno cada seis (6) meses.	Cubierto
D1351 Aplicación de Sellantes de Fisura, limitado hasta los catorce (14) años inclusive, un (1) tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados.	Cubierto
D1510 Mantenedor de espacio unilateral para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por cuadrante por suscriptor por vida.	Cubierto
D1515 Mantenedor de espacio bilateral, para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por arco por suscriptor por vida.	Cubierto
SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO	
(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL) $0.00 DE COPAGO	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para menores de 21 años	Cubierto $0.00 de copago. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica $0.00 de copago para menores de 21 años.
Tintes	Cubierto, marrón, gris o verde. Aplica $10.00 de copago por cada tinte
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Cubierto $0.00 de copago.
Low Vision: la pérdida significativa de la visión sin diagnóstico de ceguera total.	Cubierto $0.00 de copago. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un (1) 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.
SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO	
(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL)	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para adultos	Aplica $15.00 de copago. Un par de espejuelos (monturas) uno (1) por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica $15.00 de copago.
Tintes	Aplica $10.00 de copago por cada tinte. Tintes marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Aplica 50% de coaseguro.
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Emergencia / Urgencia	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, cubiertos dentro y fuera de la red de proveedores.
Servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X	Aplica copago según cubierta seleccionada, v para casos de accidedentes ver línea **C** y para casos de enfermedad ver línea **C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	copago según cubierta seleccionada, para casos de accidente ver línea **C1** y para casos de enfermedad ver línea **C3** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (ESTADOS UNIDOS Y SUS TERRITORIOS)	
Servicios de Emergencias fuera de Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **C y C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Servicios fuera de Puerto Rico, que requieran equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **C y C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, **requiere autorización previa del plan.**

Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la previa autorización de First Medical Health Plan, Inc., antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica, no se requiere previa autorización.

Servicios de sala de emergencia fuera de Puerto Rico:

Los gastos por servicios de sala de emergencia y/o hospitalización recibidos por el suscriptor o sus dependientes mientras se encuentren viajando fuera de Puerto Rico, en Estados Unidos y sus territorios serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:

a. excepto según se provee en el inciso (d) subsiguiente, los servicios deben estar cubiertos en la cubierta básica a la cual está acogido el suscriptor.
b. que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendario.
c. que la principal razón de 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.
d. en el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de un accidente de tránsito mientras el paciente o suscriptor se encuentra viajando fuera de Puerto Rico, First Medical Health Plan, Inc. recobrará conforme a la cláusula de subrogación en el caso que exista un seguro que sea pagador primario, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización.
e. Se cubrirán los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que hayan sido prestados en los Estados Unidos de América únicamente en casos de emergencia médica y hospitalización como consecuencia de una emergencia médica y serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio. Cualquier cargo adicional será responsabilidad del suscriptor.

SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES

Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)" de octubre de 2008.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Hospitalización	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **L** de la tabla de copagos.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Psicólogos Clínicos	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos.
Visitas colaterales	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales	Aplica copago, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. . **Requiere previa autorización del plan.**
Enfermeras Especiales	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la American Psychiatric Association. **Requiere previa autorización del plan.**
SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO	
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	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere previa autorización del plan.**
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100% de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.*
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
Detox	Cubierto, aplica copago de hospitalización, sin límite por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas de acuerdo a la Ley 408 de 2000, según enmendada.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

1. Servicios que se presten mientras el contrato 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 cubierta 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. Tratamientos que resulten 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 tales como teléfono, televisión, *admission kit*, cuidado supervisado, casa de descanso, hogar 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 el contrato.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *BlueCross and BlueShield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato, excepto que sean requeridas por alguna ley estatal o federal. 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, First Medical Health Plan, Inc. 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 ser 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, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio médico se hubiese 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, excepto para niños recién nacidos, recién adoptados o colocados por adopción. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las

complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.

11. Gastos por mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno). Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por septoplastías, rinoseptoplastías (excepto cuando sea post trauma o por necesidad médica), blefaroplastias. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
13. Gastos por intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el bypass gástrico para la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
14. Gastos por 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 esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
15. Aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios necesarios para la implantación de los mismos.
16. Intervenciones quirúrgicas para restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear, tratamientos para la infertilidad o tratamiento para concepción por medios artificiales; se excluyen todos los gastos y complicaciones asociadas a éstos.
17. Servicios de escalenotomía – división de músculo escaleno *anticus* sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
18. Trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea), excepto los de hueso, piel y córnea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapia y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante no cubierto.
19. Servicios para tratamientos de acupuntura.
20. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, músico terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
21. Analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
22. Servicios dentales excluidos: ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca.
23. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) mediante cualquier método para corregir la condición.
24. Escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente, servicios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
25. Inmunoterapia para alergia.
26. Servicios prestados por un aborto provocado.
27. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28. Hospitalizaciones por servicios que puedan practicarse en forma ambulatoria.
29. Servicios por ambulancia marítima.

30. Servicios prestados por instalaciones para tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente si existe o no justificación médica para el tratamiento.
31. Las cirugías 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 autorización previa del plan.**
32. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (skin tags), reparación de ptosis, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
33. Gastos por pruebas de laboratorios: heavy metals; dopaje; HLA Typing; pruebas de paternidad.
34. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. First Medical Health Plan, Inc. determinará las pruebas de laboratorio que no están codificadas cubiertas bajo este contrato. Las pruebas de laboratorio que no están codificadas, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical Health Plan, Inc.
35. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el suscriptor resulte positivo en el mismo. Una vez el suscriptor termina en el programa patronal, cualquier otro servicio que necesite estará cubierto por el plan, aun cuando el servicio esté relacionado al mencionado programa.
36. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios, para la condición de autismo y para suscriptores con Síndrome de Down.
37. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
38. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
39. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
40. Tuboplastías y otras operaciones o tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
41. Tratamiento para la condición de fertilidad, inseminación artificial y fertilización “in vitro” y todo tipo de tratamiento para la condición de fertilidad. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
42. Cirugías o microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformidades)), excepto para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción a los cuales se le cubrirán los servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estéticos de celulitis.
43. Cirugías para aumento del seno.
44. Cámara hiperbárica, excepto para personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.
45. Maternidad delegada.

46. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que el suscriptor estuvo activo en el ejército (service connected), en cuyo caso First Medical Health Plan, Inc. recobrará a la Administración de Veteranos.
47. Servicios o tratamientos en los Estados Unidos de América no autorizado ni coordinado con First Medical Health Plan, Inc., excepto servicios de sala de emergencias. El suscriptor será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc., reembolsará al suscriptor basado en las tarifas usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, menos copagos aplicables según descritos en este contrato, siempre y cuando el servicio esté cubierto.
48. First Medical Health Plan, Inc. no reconoce para pago reclamaciones por servicios y pruebas prestados en unidades móviles por cualquier proveedor participante, excepto, los que estén previamente autorizados y/o registrados en el Departamento de Salud de Puerto Rico. Los pagos emitidos por estos servicios serán objeto recobro.
49. 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.

CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de beneficios en farmacias es parte de la cubierta básica del suscriptor y sus dependientes incluidos en el plan y su modelo de servicios es basado en un formulario de medicamentos.

La cubierta para medicamentos provee para el despacho de los medicamentos recetados cubiertos sujeto a deducible, copagos y coaseguros aplicables, siempre y cuando:

(1) El medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación.

(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.

Además, se incluyen los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

¿Qué es un formulario?
Un formulario es una guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de First Medical, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas y el medicamento recetado sea obtenido en una farmacia de la red de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc. le proveerá copia del formulario, el cual incluye información sobre los medicamentos. Durante el año pueden ocurrir cambios ya sea por: (a) motivos de seguridad, (b) que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado y/o (c) si se han incluido nuevos medicamentos de receta en el formulario y los mismos estarán disponibles en nuestra página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers). Estos cambios se les notificaránn a todos los suscriptores no más tarde a la fecha de efectividad de los mismos y tal notificación se enviará a la última dirección en record del suscriptor.

¿Cómo utilizo el formulario?
El formulario incluye un índice en orden alfabético, para fácil referencia.

¿Hay algunas restricciones de mi cubierta?
Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Preautorización (PA): First Medical Health Plan, Inc. requiere que usted o su médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted

necesitará obtener aprobación de First Medical Health Plan, Inc. antes de obtener sus medicamentos recetados.

Límites de Cantidad (QL):
Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.

Límite en edad (AL): Los medicamentos marcados en el formulario con AL significa que se limita el uso de medicamento a ciertos grupos de edad.

Terapia Escalonada (ST):
Terapia Escalonada significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. Los medicamentos marcados en el formulario con ST, First Medical Health Plan, Inc. exigen que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otros medicamentos para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que First Medical Health Plan, Inc. no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, First Medical Health Plan, Inc. entonces cubrirá el Medicamento B.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario?

Si su medicamento no aparece en el formulario, visite nuestra página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers) para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al Departamento de Farmacia y/o Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Además, el suscriptor puede pedirle a First Medical Health Plan, Inc. que haga una excepción sujeta a necesidad médica y previa autorización de:

1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
2. Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de servicios de salud habrá de descontinuar 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.

Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

Su médico puede solicitar por escrito una excepción al formulario si ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de la enfermedad. A estos efectos su

médico cumplimentará la forma CSS-AS-04-002 y la hará llegar al Departamento de Farmacia de First Medical Health Plan, Inc. vía fax al 787-817-7001.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud 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 médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica, los siguientes criterios se evaluarán:

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.
    ii. Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al del suscriptor.
    iii. El suscriptor 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.

First Medical Health Plan, Inc. podrá requerir que la persona cubierta o a su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que hizo. Dicha certificación de Excepción Médica la puede acceder en la página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario para solicitud de excepción médica. La información que se debe incluir es la siguiente:

a. Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor.
b. Historial del paciente.
c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
d. Razón por la cual:
    i. El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para el suscriptor.

ii. El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.

iii. La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.

e. Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el suscriptor, 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 el suscriptor.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. 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 el cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida.

b. 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 de First Medical Health Plan, Inc. 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.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud pueden contactarnos para solicitar una decisión de cubierta inicial para una excepción al formulario o a la restricción de utilización con la debida justificación médica. Tomaremos una decisión sobre su solicitud presentada, con la premura que requiera su condición médica, pero en ningún caso a más de 72 horas desde la fecha del recibo de la solicitud o de la fecha del recibo de la justificación médica, en el caso que First Medical Health Plan, Inc. solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados, este término no deberá exceder de las 36 horas. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por tener que esperar hasta 72 horas por una decisión.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

i. El suscriptor tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días.

ii. First Medical Health Plan, Inc. tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que el suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que el suscriptor termine de consumir el

medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento al suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica.

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. 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 farmacia de First Medical Health Plan, Inc., 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.
b. Se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

First Medical Health Plan, Inc., 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 First Medical Health Plan, Inc.:

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.
c. Se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con la Sección "Sistema de Querella" de este contrato.

Dicha denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o 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.
d. Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

De acuerdo con la sección Cubierta de Farmacia, usted es responsable, cuando corresponda, de todos o alguno de los pagos de lo siguiente:

- El deducible inicial (*Front End Deductible*).
- El copago.
- El coaseguro.

Al solicitar los servicios de las farmacias participantes es requisito presentar junto con la receta de su médico, su tarjeta del plan médico con First Medical Health Plan, Inc. El suscriptor deberá certificar con su firma la entrega y copagos realizados por los servicios recibidos. Además, deberá presentar una tarjeta de identificación con foto cuando reciba los medicamentos para asegurar se cumplen las medidas para la protección de información confidencial relacionada a su condición de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

Cubriremos los medicamentos recetados que el suscriptor reciba mientras esté cubierto por este beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requisitos de autorización previa, si los hubiera. La tarjeta de identificación debe ser presentada en la farmacia participante de la red de First Medical Health Plan, Inc. cada vez que se presenta una receta o una repetición de receta.

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Medicamentos genéricos o bioequivalentes, medicamentos de marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializados y/o medicamentos agudos y de mantenimiento que, al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico.
2. Fármacos, medicinas o medicamentos incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo "*Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act*" los cuales la persona cubierta no pagará copago o coaseguro alguno por dichos medicamentos requeridos por las leyes federales aquí incluidos. Estos medicamentos son:
    a. Ácido fólico en mujeres menores de 56 años de edad.
    b. Aspirina en mujeres de edad entre 55 y 79 años y hombres de edad entre 45 y 79 años.
    c. Suplementos orales de flúor recetados en niños menores de 6 años.
    d. Suplementos de hierro recetados en niños menores de 1 año.
    e. Anticonceptivos para planificación familiar en edad reproductiva aprobados por la FDA con receta del médico.
    f. Suplemento de ácido fólico para embarazadas en edad reproductiva.
    g. Tamoxifen o raloxifene para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
    h. Suplemento de Vitamina D para mayores de 65 años.
3. Insulina.
4. Agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados.
5. Vacuna RhoGhan cubierta aplicándole el 20% porciento de coaseguro según su cubierta de beneficio de farmacia y requiere autorización previa del plan.
6. Medicamentos de especialidad y auto-administrados aprobados por First Medical Health Plan, Inc.
7. Fórmulas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria u otras enfermedades herditarias
8. Fármacos, medicinas o medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer, deben ser despachados sólo con la receta de un médico y dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. están cubiertos al 100%.
9. Aspirina
10. Buprenorfina para el tratamiento de adicción a opiáceos.

11. Medicamentos inyectables auto-administrados y medicamentos de especialidad están limitados a un despacho de 30 días por parte de una farmacia al detal o farmacia especializada.

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

Cubierta sujeta a deducible anual:

DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS	
Individual	**Familiar**
Ver línea **A** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato	Ver línea **B** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato

COPAGOS Y COASEGUROS		
Medicamentos Genéricos Bioequivalentes	Nivel 1	Ver línea **M** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Marca Preferido	Nivel 2	Ver línea **N** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos de Marca No Preferido	Nivel 3	Ver, línea **O** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Especializados	Nivel 4	Ver línea **P** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

BENEFICIO INICIAL	
Beneficio inicial en la cubierta de farmacia por persona cubierta	Ver línea **Q** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Luego del beneficio inicial por persona cubierta aplica coaseguro:	Ver línea **Q1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

CANTIDAD DE DESPACHO	
Días de terapia para medicamentos de mantenimiento	30
Días de terapia para medicamentos agudos	15
Repeticiones para medicamentos de mantenimiento solamente no mayor de 180 días. Cuando el historial de la persona cubierta o 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.	5

Si usted solicita un medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, su pago es mayor. Usted es responsable del copago que aplique al medicamento genérico y el 100% de la diferencia entre la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento genérico. Si el médico que prescribe determina que el medicamento de marca es medicamente necesario, usted solo es responsable del copago que aplique al medicamento de marca.

Cuando se utiliza una Farmacia no-participante o cuando usted no presenta su tarjeta de identificación al momento de la compra en una farmacia contratada, usted debe pagar por la receta o la repetición al momento que esta es despachada. Usted debe completar el formulario para una reclamación por reembolso con nosotros. Usted también es responsable por el 100% de la diferencia entre la tarifa contratada y el costo de la venta del medicamento. Cualquier cantidad que usted pague por encima de la tarifa contratada y cualquier copago/coaseguros que usted pague a una farmacia no participante no aplican a la cantidad de desembolso máxima por medicamentos ni a cualquier cantidad de desembolso máximo, de haber alguna. El cargo que se reciba de la farmacia no-participante por una receta o una repetición puede ser mayor que la tarifa contratada con un proveedor participante.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

No se provee beneficio alguno por:

1. Medicamentos con un costo igual ó menor de $8.00 no están cubiertos.
2. Medicamentos con leyenda federal que no han sido recomendados en una prescripción por un médico.
3. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que tenga en la etiqueta "Precaución: Limitado por Ley Federal para uso de investigación" o cualquier fármaco, medicina o medicamento experimental o para investigación, aun cuando se le cobre un cargo por éste.
4. Extractos de alérgenos.
5. Dispositivos o equipo terapéuticos, entre ellos:
    a. Prendas de soporte;
    b. Reactivos para pruebas;
    c. Bombas mecánicas para la administración prolongada de medicamentos; y
    d. Otras sustancias no médicas.
6. Suplementos dietéticos.
7. Productos nutricionales.
8. Minerales.
9. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso.
10. Cualquier medicamento con fines cosméticos.
11. Cualquier fármaco o medicamento que se puede adquirir legalmente sin receta, excepto insulina, ácido fólico, aspirina, hierro para niños menores de 1 año y los que sean requeridos por ley federal o estatal.
12. Cristales o polvo de progesterona, en cualquier forma de dosis compuesta.
13. Medicamentos para la inducción del aborto.
14. Medicamentos para la infertilidad, o utilizados para estos fines.
15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual.
16. Medicamentos recetados que deben ser tomados o administrados por el suscriptor, totalmente o en parte, durante el tiempo en que sea paciente en una instalación que normalmente proporciona medicamentos a sus pacientes ingresados. Lugares para pacientes ingresados incluyen, entre otros:
    a. Hospitales;
    b. Hogares para convalecientes con servicio especializado de enfermería; o
    c. Hospicios;
17. Los siguientes medicamentos inyectables:
    a. Agentes de inmunización, excepto las vacunas, las cuales están cubiertas bajo cubierta básica
    b. Sueros biológicos
    c. Sangre
    d. Plasma sanguíneo
18. Repeticiones de recetas:
    a. En exceso de la cantidad especificada por el médico; o
    b. Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.

19. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días, recibida por una farmacia al detal que no participe en nuestro programa de despacho a 90 días, la cual le permita al suscriptor recibir un suplido de medicamentos para 90 días en una receta o repetición.
20. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable autoadministrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
21. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
22. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.
23. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:
    a. Antes del inicio de la cubierta; o
    b. Después de la fecha en que la cubierta ha terminado.
24. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
25. Implantes para la administración prolongada de medicamentos.
26. Más de una receta o repetición de receta para el mismo medicamento o para un medicamento terapéutico equivalente, recetado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias, hasta que el suscriptor haya usado por lo menos el 75% de la receta (o repetición de receta) anterior.
27. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que ésta sea rechazada o cambiada a causa de reacciones adversas o cambios en la dosis o la receta.

Las limitaciones y exclusiones aplican aún si un médico ha realizado o recetado un procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta apropiados, desde un punto de vista médico. Esto no impide que su médico o farmacéutico realice o provea el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta; sin embargo, el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta no serán un gasto cubierto.

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

GOLD

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL BONA FIDES 2020
		Gold Bona Fides
	ID del Plan	13590PR0040016
Deducible Anual (Beneficios Médicos)		
A	Individual	$0
B	Familiar	$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)		
A	Individual	$50
B	Familiar	$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos		
-	Individual	$6,350
-	Familiar	$12,700
Beneficios Esenciales de Salud		
Servicios de Emergencia		
C	Accidente	$50
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$10
C2	Enfermedad	$60
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$10
Hospitalización		
D	Hospitalización	$150
L	Hospitalización Parcial	$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (*Skilled Nursing Facility*)	$150
Servicios Ambulatorios		
E	Generalista	$10
F	Especialista	$12
G	Sub Especialista	$15
F	Podiatra	$12
F	Quiropráctico	$12
F	Siquiatra	$12
F	Sicólogo	$12
F	Audiólogo	$12
F2	Optómetra	$10
H	Facilidad Ambulatoria	40%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	40%
-	Procedimientos Endoscópicos	30%
-	Pruebas de Alergia	$10
-	Biopsia del Seno	$50
I	Vasectomía	40%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%
-	Timpanometría y Audiometría	$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación y Equipo Médico Duradero		
S	Terapia Física	$10

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL BONA FIDES 2020
		Gold Bona Fides
	ID del Plan	13590PR0040016
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	$10
S2	Terapia ocupacional	$7
S	Terapia del Habla y Lenguaje	$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	$10
	Salud Mental	
D	Hospitalización Regular	$150
L	Hospitalización Parcial	$75
F	Terapia de Grupo	$12
F	Visitas Colaterales	$12
F	Evaluación Neuropsicológica	$12
F	Terapia Neuropsicológica	$12
-	Terapia Electroconvulsiva	$0
L	Tratamiento Residencial	$75
D	Detox	$150
R	**Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo**	
-	Condición de Autismo	$0
-	Exámenes neurológicos	$0
-	Inmunología	$0
-	Pruebas genéticas	$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	$0
-	Servicios de Gastroenterología	$0
-	Servicios de Nutrición	$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	$0
	Farmacia	
M	Nivel 1 (Genérico)	$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	30% mínimo $15
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	40% mínimo $20
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%
Q	Beneficio máximo	$1,500
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	80%
-	Vacuna Rhogan	20%
	Servicios de Laboratorio y Rayos X	
J	Laboratorio	40%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
J	Rayos X	40%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	40%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
	Terapias de Cáncer	
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Hospitalización**)	$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Ambulatorio**)	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
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL BONA FIDES 2020
		Gold Bona Fides
	ID del Plan	13590PR0040016
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%
	Servicios de Maternidad	
-	Servicios prenatales y postnatales	$0
-	Perfil biofísico	40%
-	Esterilización post parto	$0
-	Esterilización ambulatoria	$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización
	Servicios de Visión Pediátrica	
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (*frames*) para Lentes de Corrección Visual)	$0
-	Low Vision	$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	$0
	Servicios de Visión Adulta	
-	Examen de refracción	$0
-	Espejuelos para adultos	$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%
	Otros Servicios Cubiertos	
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	$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.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	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
-	Criocirugía del Cuello Uterino	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	$150
	Programas incluidos como parte de sus beneficios	
F	Nutricionista	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
	Cubierta Dental	
-	Diagnóstico y Preventivo	$0

FMHP-GN-BONA FIDES-2020