TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2020		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
Deducible Anual (Beneficios Médicos)				
A	Individual	\$0	\$0	\$0
B	Familiar	\$0	\$0	\$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)				
A	Individual	\$0	\$0	\$50
B	Familiar	\$0	\$0	\$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos				
-	Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350
-	Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud				
Servicios de Emergencia				
C	Accidente	\$20	\$30	\$40
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0	\$0
C2	Enfermedad	\$30	\$40	\$50
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0	\$0
Hospitalización				
D	Hospitalización	\$100	\$125	\$150
L	Hospitalización Parcial	\$75	\$100	\$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$100	\$125	\$150
Servicios Ambulatorios				
E	Generalista	\$7	\$8	\$8
F	Especialista	\$10	\$12	\$12
G	Sub Especialista	\$12	\$15	\$15
F	Podiatra	\$10	\$12	\$12
F	Quiropráctico	\$10	\$12	\$12
F	Siquiatra	\$10	\$12	\$12
F	Sicólogo	\$10	\$12	\$12
F	Audiólogo	\$10	\$12	\$12
F2	Optómetra	\$10	\$10	\$10
H	Facilidad Ambulatoria	20%	30%	30%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	0%	10%	10%
-	Procedimientos Endoscópicos	0%	30%	30%
-	Pruebas de Alergia	\$10	\$10	\$10
-	Biopsia del Seno	\$50	\$50	\$50
I	Vasectomía	0%	10%	10%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	\$10	\$10	\$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%	40%
-	Timpanometría y Audiometría	\$10 por cada uno	\$10 por cada uno	\$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero				
S	Terapia Física	\$7	\$7	\$7
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	\$7	\$7	\$7
S2	Terapia ocupacional	\$7	\$7	\$7
S	Terapia del Habla y Lenguaje	\$7	\$7	\$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	\$0	\$0	\$0
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$7	\$7	\$7
Salud Mental				
D	Hospitalización Regular	\$100	\$125	\$150
L	Hospitalización Parcial	\$75	\$100	\$75
F	Terapia de Grupo	\$10	\$12	\$12
F	Visitas Colaterales	\$10	\$12	\$12
F	Evaluación Neuropsicológica	\$10	\$12	\$12
F	Terapia Neuropsicológica	\$10	\$12	\$12
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0	\$0	\$0

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2020		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
L	Tratamiento Residencial	\$75	\$100	\$75
D	Detox	\$100	\$125	\$150
R	Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo			
-	Condición de Autismo	\$0	\$0	\$0
-	Exámenes neurológicos	\$0	\$0	\$0
-	Inmunología	\$0	\$0	\$0
-	Pruebas genéticas	\$0	\$0	\$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	\$0	\$0	\$0
-	Servicios de Gastroenterología	\$0	\$0	\$0
-	Servicios de Nutrición	\$0	\$0	\$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	\$0	\$0	\$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0	\$0	\$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	\$0	\$0	\$0
Farmacia				
M	Nivel 1 (Genérico)	\$5	\$5	\$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	10% mínimo \$10	10% mínimo \$10	10% mínimo \$10
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	20% mínimo \$10	20% mínimo \$15	20% mínimo \$15
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%	40%	40%
Q	Beneficio máximo	N/A	\$3,500	\$3,000
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	N/A	80%	80%
-	Vacuna Rhogan	20%	20%	20%
Servicios de Laboratorios y Rayos X				
J	Laboratorio	25%	25%	25%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
J	Rayos X	25%	25%	30%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	25%	25%	30%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
Terapias de Cáncer				
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)	\$0	\$0	\$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Ambulatorio)	20%	20%	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas				
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	\$0	\$0	\$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0	\$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%	20%	20%
Servicios de Maternidad				
-	Servicios prenatales y postnatales	\$0	\$0	\$0
-	Perfil biofísico	40%	40%	40%
-	Esterilización post parto	\$0	\$0	\$0
-	Esterilización ambulatoria	\$0	\$0	\$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización
Servicios de Visión Pediátrica				
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0	\$0	\$0
-	Low Vision	\$0	\$0	\$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$0	\$0	\$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	\$0	\$0	\$0

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2020		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
Servicios de Visión Adulta				
-	Examen de refracción	\$0	\$0	\$0
-	Espeuelos para adultos	\$15	\$15	\$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$15	\$15	\$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos				
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	\$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
C	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	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	\$100	\$125	\$150
Programas incluidos como parte de sus beneficios				
F	Nutricionista	Cubierto a través de reembolso hasta \$20	Cubierto a través de reembolso hasta \$20	Cubierto a través de reembolso hasta \$20
Cubierta Dental				
-	Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0