

CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de beneficios de medicinas en farmacia es parte de la cubierta básica de suscriptor, además, es parte de los Beneficios Esenciales de Salud requeridos por el Affordable Care Act (ACA) y sus dependientes incluidos en el plan y su modelo de servicios es basado en un formulario de medicamentos.

COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

GOLD

Nivel 1
\$10.00 de copago

SILVER

Nivel 1
\$10.00 de copago

MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDA

GOLD

Nivel 2
30% mínimo de \$20.00

SILVER

Nivel 2
60% mínimo de \$20.00

MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDA

GOLD

Nivel 3
40% mínimo de \$25.00

SILVER

Nivel 3
60% mínimo de \$25.00

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

GOLD

Nivel 4
40% mínimo de \$50.00

SILVER

Nivel 4
60% mínimo de \$50.00

BENEFICIO MÁXIMO POR PERSONA CUBIERTA

GOLD

Hasta \$1,000.00
Del dólar \$1,001.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro

SILVER

Hasta \$800.00
Del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 90% de coaseguro

COPAGOS Y COASEGUROS

RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

	GOLD	SILVER
Generalista	\$10.00	\$20.00
Especialistas	\$15.00	\$25.00
Sub-especialistas	\$20.00	\$30.00
Laboratorio y Rayos X	40%	50%
MRI / MRA	40%	50%
Pruebas Especializadas	40%	50%
Hospitalización General	\$200 / \$0*	\$500 / \$0*
Sala de Emergencia	\$70.00 / \$50.00*	\$100.00 / \$50.00*
Servicios Preventivos y Vacunas	\$0	\$0

*Aplica sólo cuando el servicio se realice en los hospitales y clínicas asociadas a la Red Metro Pavía Health System.

DEDUCIBLE ANUAL

Deducible Anual (Beneficios Médicos)

	GOLD	SILVER
Individual	\$0.00	\$250.00
Familiar	\$0.00	\$500.00

Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)

Individual	\$50.00	\$250.00
Familiar	\$100.00	\$500.00

GASTO MÁXIMO DEL BOLSILLO (MOOP) PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS

	GOLD	SILVER
Individual	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700

Nota: Estos beneficios son un resumen de su cubierta. Cualquier discrepancia entre las partes, prevalecerá lo dispuesto en el contrato aprobado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
Directo

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
Directo

Para más información:

1.888.801.0801

1.866.909.9889
fax. **787.625.8823**

PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079



GOLD
SILVER

RESUMEN DE BENEFICIOS
PLAN INDIVIDUAL

RESUMEN DE BENEFICIOS

First Medical Directo Gold y Silver

First Medical Health Plan, Inc., es una organización puertorriqueña con fines de lucro dedicada a ofrecer al consumidor puertorriqueño productos, cubiertas de beneficios y servicios médicos a través de programas de beneficios y servicios médicos a través de programas de Libre Selección y manejos coordinados que ayuden al desarrollo y mantenimiento de una mejor salud y mejor calidad de vida a nuestros suscriptores.

First Medical Health Plan, Inc. es el único plan médico en Puerto Rico que cuenta con una red de hospitales y clínicas asociadas en las cuales el suscriptor no paga copagos o coaseguros en la mayoría de los servicios que éstas ofrecen. Las facilidades asociadas a la Red Metro Pavía Health System, cuenta con 12 hospitales y 12 clínicas alrededor de toda la Isla.

Los servicios médicos cubiertos por este plan de salud se ofrecen a través de la Red de Proveedores de International Medical Card, un sistema de acceso a médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, etc., a través de la Libre Selección. International Medical Card es un sistema de prestación de servicios establecido para los suscriptores de First Medical Health Plan, Inc. y para detalles puede referirse a nuestro directorio de proveedores.

SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (EHB)

El producto de First Medical Directo GOLD contiene los Servicios Esenciales de Salud (EHB) requeridos por el Affordable Care Act (ACA). Dentro de cada uno de los servicios que más adelante se expresan, usted encontrará algunos de los beneficios cubiertos.

Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos:

- Visitas médicas al generalista, especialista y sub-especialista
- Cirugías en Oficina
- Examen físico rutinario; hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato
- Visitas al quiropráctico
- Terapia física y manipulaciones de quiroprácticos (para suscriptores de 19 años de edad o más); hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico.
- Pruebas de alergia; hasta cincuenta (50) por suscriptor por año contrato
- Terapia respiratoria; hasta dos (2) sesiones por día y un máximo de veinte (20) por suscriptor por año contrato.

Servicios de emergencia:

- Servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X
- Servicios de sala de emergencia fuera de Puerto Rico
- Servicios fuera de Puerto Rico
- Servicios fuera de Puerto Rico, que requieran equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico

Hospitalización

- Habitación semiprivada durante 365 días
- Habitación de aislamiento
- Unidad de cuidado intensivo
- Unidad de cuidado intermedio de infantes y cuidado intensivo pediátrico y neonatal
- Administración de anestesia
- Laboratorios y Rayos X
- Hiperalimentación
- Oxígeno, material curaciones, medicamentos y determinación de gases arteriales
- Producción de electrocardiogramas y electroencefalogramas

Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos

- Servicios prenatales y postnatales
- Perfil biofísico – requiere autorización previa del plan, hasta cincuenta (50) por suscriptor por año contrato

Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas

- Hospitalización
- Hospitalización parcial
- Visitas al psiquiatra
- Psicólogos Clínicos
- Evaluación psicológicos
- Terapia electroconvulsiva
- Terapia de grupo

Servicios de laboratorios, rayos X y pruebas diagnósticas

- Laboratorios
 - Rayos X
 - Sonogramas
 - Tomografía computadorizada – uno (1) por región anatómica por suscriptor por año contrato*
 - Pruebas de medicina nuclear*
 - Imagen por Resonancia Magnética (MRI)* - hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato
- * Estos servicios requieren autorización previa del plan.

Servicios pediátricos, incluyendo cuidado de visión y dental

- Visitas al pediatra
- Vacunas
- Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico o circuncisión y dilatación

Servicios de habilitación y rehabilitación

- Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico.

SERVICIOS DE SALUD VISUAL

Servicios de visión cubiertos para menores y adultos

- Un (1) examen de refracción por suscriptor, por año contrato
- Un (1) par de espejuelos (lentes y monturas) o lentes de contacto, sólo dentro de la red de Ivision International
- Lentes para visión sencilla, bifocal y trifocal
- Tintes marrón, gris o verde

SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS

Servicios dentales cubiertos para menores y adultos

- Servicios dentales cubiertos para menores y adultos
- Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por suscriptor, por año contrato (cada seis (6) meses)
- Radiografías de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años.
- Tratamiento

SERVICIOS PREVENTIVOS

Además, el producto de First Medical Directo Gold incluye los Servicios Preventivos requeridos por ley, entre los cuales se encuentran algunos de los siguientes:

- Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg
- Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse, así como todas las mujeres embarazadas en el primer y tercer trimestre.
- Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas.
- Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 75 años de edad.
- Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.
- Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, la colocación, remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
- Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Varicella
- Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis (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.