



Esto es sólo un resumen. Usted puede conseguir la descripción de beneficios llamando al (787) 650-0080. Una descripción de beneficios provee más detalles sobre su cubierta y sus costos.

Preguntas importantes	Respuestas		¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Médico Individual \$0 Familiar \$0	Medicamentos Individual \$50 Familiar \$100	Vea la tabla que comienza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.		Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero vea la tabla en la página 2 para otros costos por los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo?	Sí. El costo en Individual es \$6,350 y Familiar es \$12,700 .		El límite de desembolso es lo más que usted pagaría por su parte de los costos de los servicios cubiertos (usualmente un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos para el cuidado de su salud.
¿Qué gastos no cuentan para el límite de desembolsos en efectivo ?	Primas, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos bajo este plan.		A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para límite de desembolso .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.		La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos específicos, tales como las visitas a la oficina de un médico.
¿Este plan utiliza una red de proveedores ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, acceda www.firstmedicalpr.com o llame al (787)878-6909 con el Departamento de Proveedores.		Si usted utiliza un doctor dentro de la red u otro proveedor de cuidado de salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferidos o participantes para referirse a los proveedores dentro de su red. Refiérase a la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.		Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido.
¿Hay servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.		Consulte su contrato o documento del plan para obtener información adicional de los servicios excluidos.



- **Copago** es la cantidad fija en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por el cuidado de salud cubierto, usualmente cuando se recibe el servicio
- **Coaseguro** es su parte de los costos por un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Usted paga esto, además, de cualquier cantidad de deducible que tiene en este plan. Por ejemplo, si la cantidad permitida del plan de salud para la estadía de una noche en el hospital es de \$1,000 y alcanzó su deducible, su pago de 20% de coaseguro sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no ha acumulado su deducible.
- El pago del plan por los servicios cubiertos es basado en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor fuera de la red** cobra más de la cantidad permitida, usted pagará la diferencia. Por ejemplo, si el hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía de una noche y la cantidad permitida por el plan es de \$1,000, puede ser que usted tenga que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama una **sobrefactura**.)
- Este plan fomenta la utilización de los proveedores participantes cobrándole deducibles, copagos y coaseguros menores.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del médico	Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad	\$10 copago / visita	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
	Visita a especialista/subespecialista	\$15 copago / especialista \$20 copago / subespecialista	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	\$15 copago / podiatra, \$10 copago / optómetra \$15 copago / audiólogo \$15 copago / quiropráctico	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del médico	Cuidado preventivo/ cernimiento/vacunas	\$0 copago para servicios preventivos por Ley Federal \$0 copago por otras inmunizaciones	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de Diagnóstico (Rayos X, Laboratorios)	40% coaseguro	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
	Imágenes (CT/PET Scans, MRIs)	40% coaseguro	Cubierto solo si la especialidad no está disponible en la red de proveedores FMHP.	PET Scan y PET CT, hasta uno por suscriptor por año contrato, requiere autorización previa del plan. MRI y CT, hasta uno por región anatómica, por suscriptor año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Si necesita un medicamento	Beneficio máximo \$1,000 por suscriptor.	Luego del beneficio máximo señalado aplica un 80% de coaseguro.	Sólo cubre en farmacias en Estados Unidos que sea international, tales como: Walgreens, Walmart o CVS y en las farmacias de la comunidad.	Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos como primera opción • Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requieren autorización previa del plan. • Hasta 30 días de suplido para medicamentos de
Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.firstmedicalpr.com	Genérico	\$10 copago		
	Marca Preferido	30% de coaseguro mínimo \$20 de copago		
	Marca No Preferido	40% de coaseguro mínimo \$25 de copago		

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Especializado	40% de coaseguro mínimo \$50 de copago		mantenimiento. • Hasta 15 días de suplido para medicamentos agudos.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota de facilidad (Ej. centro de cirugía ambulatoria)	40% coaseguro (Copagos y coaseguros de Procedimientos Ambulatorios)	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
	Cirugía en oficina	40% de coaseguro	-----ninguna-----	-----ninguna-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de emergencia/urgencia	\$70 copago/\$50 copago hospitales asociados Metro Pavía Health System.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x.
	Transportación médica de emergencia	Ambulancia terrestre cubierta a través de reembolso, hasta \$80 por viaje. Ambulancia aérea para servicios en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra, aplica 20% de coaseguro	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----

Si lo admiten al hospital	Cuota de facilidad (ej. cuarto de hospital)	\$200 copago	\$200 copago. Además, debe comunicarlo a FMHP	-----ninguna-----
	Cuota de médico/cirujano	Nada	Nada	-----ninguna-----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental	\$15 psiquiatra	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
		\$15 psicólogo		-----ninguna-----
		\$15 terapia de grupo		-----ninguna-----
		Evaluación psicológica \$15 de copago		Si es ordenada por un psiquiatra
	Servicios hospitalarios de salud mental	\$200 copago hospitalización \$100 copago hospitalización parcial	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	\$15 copago psiquiatra	Cubierto solo si la especialidad no está disponible en la red de proveedores de FMHP.	-----ninguna-----
		\$15 copago psicólogo		-----ninguna-----
		\$0 copago terapia de grupo		-----ninguna-----
Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	\$200 copago hospitalización \$100 copago hospitalización parcial	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----	
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	\$0 copago (visita aplica copago de visita a especialista)	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Cubierto, sólo para el suscriptor principal o su cónyuge y/o cohabitante.

	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	\$0 copago (admisión)	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	-----ninguna-----
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de salud en el hogar	\$0 copago	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	
	Servicios de rehabilitación/habilitación	\$10 copago terapia físicas \$10 copago manipulaciones	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Hasta 20 terapias físicas por suscriptor por año contrato combinadas con manipulaciones de quiropráctico. No cubre terapia ocupacional y de habla.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Equipo médico duradero	40% de coaseguro	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Hasta un máximo de \$5,000, luego del beneficio máximo aplica un 60% coaseguro para compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración, sillones de ruedas o camas de posición.

	Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro Skilled Nursing Facility	\$200 de copago	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	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.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de visión	\$0 copago / visita	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad, menos el copago aplicable.	Un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato.
	Espejuelos	\$0 copago	-----ninguna-----	Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato.

	Revisión dental	\$0 copago	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	<p>Incluye los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral periódico (dos (2) veces al año) intervalo de (6) meses. • Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año Examen oral inicial (cada doce (12) meses. • Radiografía de serie completa, una cada tres (3) años por suscriptor • Radiografía periapical inicial • Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por suscriptor por año contrato. • Radiografía de mordida, un set cada doce meses por suscriptor. • Radiografía panorámica (cada tres (3) años). • Prueba de Vitalidad Pulpar • Profilaxis dental para adultos, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato. • Profilaxis dental para niños, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato. • Tratamiento de fluoruro sólo para menores de diecinueve (19) años de edad, uno cada seis (6) meses. • 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. • Mantenedor de espacio unilateral para sustituir dientes deciduous que se pierden prematuramente, uno (1) por área por suscriptor por vida. • Mantenedor de espacio bilateral, para sustituir dientes deciduous que se pierden prematuramente, uno (1) por área por suscriptor por vida.
--	-----------------	------------	---	---