

**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

| Letra de Identificación  | Nombre del Plan  | FIRST MEDICAL PYMES 2019  |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | Platinum 1  | Platinum 2  | Platinum 3  |
|  | ID del Plan  | 13590PR0040001  | 13590PR0040006  | 13590PR0040007  |
| <b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>                                    |  |   |   |   |
| A  | Individual   | \$0   | \$0   | \$0   |
| B  | Familiar   | \$0   | \$0   | \$0   |
| <b>Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)</b>                     |  |   |   |   |
| A  | Individual   | \$0   | \$0   | \$50  |
| B  | Familiar   | \$0   | \$0   | \$50 por miembro  |
| <b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos</b> |  |   |   |   |
| -  | Individual   | \$6,350   | \$6,350   | \$6,350   |
| -  | Familiar   | \$12,700  | \$12,700  | \$12,700  |
| <b>Beneficios Esenciales de Salud</b>  |  |   |   |   |
| <b>Servicios de Emergencia</b>   |  |   |   |   |
| 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   |
| <b>Hospitalización</b>   |  |   |   |   |
| 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   |
| -  | Asistencia Quirúrgica en Hospital  | \$0   | \$0   | \$0   |
| <b>Servicios Ambulatorios</b>  |  |   |   |   |
| 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   |
| <b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>      |  |   |   |   |
| 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   |
| <b>Salud Mental</b>  |  |   |   |   |
| 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  |

**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

| Letra de Identificación | Nombre del Plan   | FIRST MEDICAL PYMES 2019         |                                  |                                  |
|-------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                         |   | Platinum 1                       | Platinum 2                       | Platinum 3                       |
|                         | ID del Plan   | 13590PR0040001                   | 13590PR0040006                   | 13590PR0040007                   |
| -                       | Terapia Electroconvulsiva   | \$0                              | \$0                              | \$0                              |
| L                       | Tratamiento Residencial   | \$75                             | \$100                            | \$75                             |
| D                       | Detox   | \$100                            | \$125                            | \$150                            |
| <b>R</b>                | <b>Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo</b>  |                                  |                                  |                                  |
| -                       | 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                              |
|                         | <b>Farmacia</b>   |                                  |                                  |                                  |
| <b>M</b>                | Nivel 1 (Genérico)  | \$5                              | \$5                              | \$10                             |
| <b>N</b>                | Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)   | 10% mínimo \$10                  | 10% mínimo \$10                  | 10% mínimo \$10                  |
| <b>O</b>                | Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)  | 20% mínimo \$10                  | 20% mínimo \$15                  | 20% mínimo \$15                  |
| <b>P</b>                | Nivel 4 (Productos Especializados)  | 40%                              | 40%                              | 40%                              |
| <b>Q</b>                | Beneficio máximo  | N/A                              | \$3,500                          | \$3,000                          |
| <b>Q1</b>               | Luego del beneficio máximo aplica   | N/A                              | 80%                              | 80%                              |
| -                       | Vacuna Rhogan   | 20%                              | 20%                              | 20%                              |
| -                       | Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)  | NO CUBIERTO                      | NO CUBIERTO                      | NO CUBIERTO                      |
|                         | <b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>  |                                  |                                  |                                  |
| <b>J</b>                | Laboratorio   | 25%                              | 25%                              | 30%                              |
| <b>J1</b>               | Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System   | 10%                              | 10%                              | 10%                              |
| <b>J</b>                | Rayos X   | 25%                              | 25%                              | 30%                              |
| <b>J1</b>               | Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System  | 10%                              | 10%                              | 10%                              |
| <b>K</b>                | Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos  | 25%                              | 25%                              | 30%                              |
| <b>K1</b>               | Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System   | 10%                              | 10%                              | 10%                              |
|                         | <b>Terapias de Cáncer</b>   |                                  |                                  |                                  |
| -                       | Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)   | \$0                              | \$0                              | \$0                              |
| -                       | Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Ambulatorio)   | 20%                              | 20%                              | 20%                              |
|                         | <b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>   |                                  |                                  |                                  |
| -                       | 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%                              |
|                         | <b>Servicios de Maternidad</b>  |                                  |                                  |                                  |
| -                       | 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 |
|                         | <b>Servicios de Visión Pediátrica</b>   |                                  |                                  |                                  |
| -                       | 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           |

**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

| Letra de Identificación  | Nombre del Plan   | FIRST MEDICAL PYMES 2019   |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  |   | Platinum 1   | Platinum 2   | Platinum 3   |
|  | ID del Plan   | 13590PR0040001   | 13590PR0040006   | 13590PR0040007   |
| -  | Pruebas diagnósticas en oftalmología  | \$0  | \$0  | \$0  |
| <b>Servicios de Visión Adulta</b>  |   |  |  |  |
| -  | 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%  |
| <b>Otros Servicios Cubiertos</b>   |   |  |  |  |
| -  | 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.  |
| <b>C</b>   | 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.  |
| <b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b> |   |  |  |  |
| <b>D</b>   | Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización   | \$100  | \$125  | \$150  |
| <b>Programas incluidos como parte de sus beneficios</b>                        |   |  |  |  |
| <b>F1</b>  | Nutricionista   | Cubierto a través de reembolso hasta \$20  | Cubierto a través de reembolso hasta \$20  | Cubierto a través de reembolso hasta \$20  |
| <b>F</b>   | Naturópatas   | \$10   | \$10   | \$10   |
| <b>Cubierta Dental</b>   |   |  |  |  |
| -  | Diagnóstico y Preventivo  | \$0  | \$0  | \$0  |