# TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES 2020

| Nombre del Plan | | *FIRST MEDICAL DIRECTO* Gold 2020 |
|---|---|---|
| **Letra de identificación** | **ID del Plan** | **13590PR0010004** |
| **Deducible Anual (Beneficios Médicos )** | | |
| **A** | Individual | $0 |
| **B** | Familiar | $0 |
| **Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)** | | |
| **A** | Individual | $75 |
| **B** | Familiar | $75 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 / Enfermedad | $80 |
| **C1** | Accidente/Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $50 |
| **Hospitalización** | | |
| **D** | Hospitalización | $250 |
| **D1** | Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $0 |
| **L** | Hospitalización Parcial | $125 |
| **L1** | Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $0 |
| **D** | Facilidad de Enfermería Especializada (*Skilled Nursing Facility* ) | $250 |
| **-** | Asistencia Quirúrgica en Hospital | $0 |
| **Servicios Ambulatorios** | | |
| **E** | Generalista | $12 |
| **F** | Especialista | $18 |
| **G** | Sub Especialista | $20 |
| **F** | Podiatra | $18 |
| **F** | Quiropráctico | $18 |
| **F** | Psiquiatra | $18 |
| **F** | Psicólogo | $18 |
| **F** | Audiólogo | $18 |
| **F2** | Optómetra | $12 |
| **H** | Facilidad Ambulatoria | 45% |
| **I** | Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica | 45% |
| **K1** | Procedimientos Endoscópicos | 40% |
| **K2** | Procedimientos Endoscópicos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | 20% |
| **-** | Pruebas de Alergia | $10 |
| **-** | Biopsia del Seno | 35% |
| **-** | Vasectomía | 30% |
| **-** | 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, Habilitación y Equipo Médico Duradero** | | |
| **S** | Terapia Física | $12 |
| **S** | Terapia Respiratoria en Oficina | $12 |
| **D2** | Cuidado de Salud en el Hogar | Aplica 30% de coaseguro. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica $0.00 de copago |
| **S** | Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios | $12 |
| **-** | 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 | $250 |

| Nombre del Plan | | *FIRST MEDICAL DIRECTO* Gold 2020 |
|---|---|---|
| **Letra de identificación** | **ID del Plan** | **13590PR0010004** |
| **D1** | Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $0 |
| **L** | Hospitalización Parcial | $125 |
| **L1** | Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $0 |
| **F** | Terapia de Grupo | $18 |
| **F** | Visitas Colaterales | $18 |
| **F** | Evaluación Neuropsicológica | $18 |
| **-** | Terapia Electroconvulsiva | $0 |
| **L** | Tratamiento Residencial | $125 |
| **D** | Detox | $250 |
| **D1** | Detox en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | $0 |
| **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 y del habla | $0 |
| **-** | Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social | $0 |
| **-** | Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo | $0 |
| **Farmacia** | | |
| **M** | Nivel 1 (Genérico) | 10% mínimo $15 |
| **N** | Nivel 2 (Medicamentos Preferidos) | 30% mínimo $25 |
| **O** | Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) | 40% mínimo $30 |
| **P** | Nivel 4 (Productos Especializados) | 40% mínimo $55 |
| **Q** | Beneficio inicial | $1,000 |
| **Q1** | Luego del beneficio inicial aplica | 80% |
| - | Vacuna Rhogan | 20% |
| - | Medicamentos Fuera del Recetario (OTC) | NO CUBIERTO |
| **Servicios de Laboratorios y Rayos X** | | |
| **J** | Laboratorio | 45% |
| **J** | Rayos X | 45% |
| **K** | Pruebas Diagnósticas Especializadas | 45% |
| **K1** | Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System | 20% |
| **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 |
| **-** | 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 |

| Nombre del Plan | | *FIRST MEDICAL DIRECTO* Gold 2020 |
|---|---|---|
| **Letra de identificación** | **ID del Plan** | **13590PR0010004** |
| **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, 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. | Estarán cubiertos 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** | | |
| - | Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización | Aplica copago de hospitalización |
| **Programas incluidos como parte de sus beneficios** | | |
| **F** | Nutricionista | $18 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato. |
| **Cubierta Dental** | | |
| - | Diagnóstico y Preventivo | $0 |
| - | Mantenedores de Espacio | $0 |