

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
<b>Servicios Hospitalarios</b>			
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) e Instalaciones Hospitalarias de Cuidado Extendido / Centros de Rehabilitación; Servicios Apoyo/Pruebas Diagnósticas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago por hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago por hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago por hospitalización.
Unidad de Cuidado Intensivos, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Sala de Operaciones, Recuperación y Maternidad, Medicamentos recetados por médicos durante la hospitalización, están cubiertos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
<b>Otros Servicios Hospitalarios</b>			
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico.**
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.**
Anestesia y su Administración incluyendo sedación.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$75 de copago por la hospitalización.**	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$150 de copago por la hospitalización.**	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$200 de copago por la hospitalización.**
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgicos, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgicos, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.
Terapias Respiratoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 80% de tarifa contratada.**

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante una hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$15 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$20 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$30 de copago por visita.**
"Skilled Nursing Facilities" Enfermera Diestra	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.**
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Marcapasos, válvulas, stent, desfibriladores o dispositivos.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Tratamiento para Autismo, incluyendo pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios psicólogos ilimitados, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o "per diem" entre Plan y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada*	Cubierto al 100% de tarifa contratada*	Cubierto al 100% de tarifa contratada*
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y que esté definido en el contrato. (No incluye prótesis e implantes, Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o "per diem" entre el Plan y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cualquier otra instalación hospitalaria, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y autorizado por el médico de turno y el Plan, no excluidos en el contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
<b>Hospitalizaciones: Salud Mental "Behavioral"</b>			
Hospitalización Psiquiátrica / Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago por hospitalización.*
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Hospitalización Parcial para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago por hospitalización.*
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400 por año contrato.*
Visitas pacientes hospitalizados para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago según especialista.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de especialista.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de especialista.*
Visitas Ambulatorias para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada , aplica copago de especialista.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago de especialista.*
<b>Facilidades de Cirugía Ambulatoria</b>			
Cirugía Ambulatoria en Hospitales y Facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.*
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Litotripsia Extracorpórea Renal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**
Criocirugía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*
Ginecomastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*
<b>Sala de Emergencia / Sala de Urgencias Enfermedad Aguda</b>			
Emergencia Enfermedad Aguda	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$40 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$50 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago, sujeto a protocolo médico.*
Enfermedad Traumática o Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Laboratorios y Radiografías cuando no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*
Si es Admitido	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.*
<b>Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)</b>			
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$8 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$12 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago.*
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18 de copago.*
Sub-Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$20 de copago.*
Endoscopia / Colonoscopia (Instalaciones para Pacientes No Hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro. Hasta una (1) por año contrato, sujeto a protocolo médico**.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro. Hasta una (1) por año contrato, sujeto a protocolo médico**.
Cuidado Post-Operatorio; Visitas (Oficina del Médico) Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
"SkilledNursing Facilities" Enfermera Diestra	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.**
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Podiatra (Visita)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Podiatra (Procedimiento quirúrgicos)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago.*
Tratamiento para Autismo, incluyendo pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterológicas, servicios de nutricionistas y servicios psicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Alergias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*
Vacunas (Inyecciones) contra Alergias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*
Quiropráctico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago.
Nutricionista y Dietista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80 por cada emergencia médica.*
Ambulancia Aérea (sólo en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.**
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro.**
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.*
Trabajador Social	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago, a través de reembolso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago, a través de reembolso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18 de copago, a través de reembolso.
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*
Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermera diestra por 8 horas incluye materiales o suplidos, terapia física y terapia ocupacional, según requerido por ley.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias respiratorias, relacionados con el uso del ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a evidencia y justificación médica. Además, de evidencia de inscripción en el registro que el Departamento de Salud definió para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapia respiratoria, relacionados con el uso del ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a que el suscriptor o su representante presenten evidencia de justificación médica e inscripción del suscriptor en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapia respiratoria, relacionados con el uso del ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a que el suscriptor o su representante presenten evidencia de justificación médica e inscripción del suscriptor en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos.**
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago/ y coaseguro según el servicio prestado.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago/coaseguro según el servicio prestado.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago/coaseguro según el servicio prestado.
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**
<b>Servicios Ambulatorios de Rehabilitación a corto plazo y Medicina Física</b>			
Terapia Ocupacional	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$10.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago.**
Terapia Física y Rehabilitación	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctica.**.	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$10.00 copago, máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con las manipulaciones de quiropráctica.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago, máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con las manipulaciones de quiropráctica.**

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Servicios de Habilitación	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**
Terapia Respiratoria	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$10.00 copago**.	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago.**
Terapia del Habla	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago.**
<b>Laboratorios Clínicos, Radiografías y Pruebas Especializadas</b>			
Laboratorios Clínicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica 40% de coaseguro.*
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Rayos X	Cubierto al 100% de la tarifa contratadas, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica 40% de coaseguro.*
Examen de Pre-Admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta dos (2) por año contrato.**
Holter Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Cardiac Color FlowDoppler	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Laboratorio Periferosvascular No Invasivo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, uno (1) de cada tipo por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro, dos (2) por año contrato.**
CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta dos (2) por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro, hasta uno (1) por año contrato.**
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Densitometría Ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 65% de la tarifa contratada hasta un (1) estudio por año contrato.**	Cubierto al 60% de la tarifa contratada hasta un (1) procedimiento por año contrato.**
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un (1) procedimiento por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un (1) procedimiento por año contrato.*
<b>Laboratorios Clínicos, Radiologías y Pruebas Especializadas</b>			
Ecocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*
Electromiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Electroencefalograma (EEG)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**
Electroencefalograma (EEG) de 24 Horas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato.**
MRI	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
MRA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
PET / CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
PET Scan (Positron Emission Tomography Scan)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa "Nerve Conduction Velocity Tests"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**
Tomografía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Prueba de Esfuerzo "Stress Test"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Manometría de Esófago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Potenciales Evocados	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
Prueba de Función Pulmonar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
<b>Beneficios de Maternidad</b>			
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto (Tarifa de Maternidad)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Hospitalización para Parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.
Hospitalización para Parto Incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*
Sala de Parto y Recuperación, Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 65% de la tarifa contratada, hasta un (1) procedimiento por embarazo.**	Cubierto al 60% de la tarifa contratada, hasta un (1) procedimiento por embarazo.**

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Esterilización concurrente con el Parto, Circuncisión y Dilatación (Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario, sin importar la edad del paciente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cuidado del Bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*
Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*
<b>Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes</b>			
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está en facilidad (hospitalización).	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está en facilidad (hospitalización).	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está en facilidad (hospitalización).
Perfil Biofísico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.
Bomba de Lactancia Manual (No Incluye los Suplidos)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
<b>Los servicios preventivos requeridos por la leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).</b>			
Teleconsulta 24/7	Cubierto a través de First Health Call.	Cubierto a través de First Health Call.	Cubierto a través de First Health Call.
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago y coaseguro de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago o coaseguro de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago o coaseguro de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, por suscriptor con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, por suscriptor con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, por suscriptor con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.*
Examen del Seno / Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Nutricionista y Dietista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas y por alcohol, en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, sicoterapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
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.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m2 o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
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.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; cada dos años para mujeres entre 50 y 75 años de edad.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
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.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo, estén o no embarazadas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según recetado por un médico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Procedimiento de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres en alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
 Departamento de Ventas  
 Año Contrato 2020  
 Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene fluoruro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de audición para recién nacidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Herpes Zoster, Human Papilloma Virus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella,	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Human Papilloma Virus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papilloma Virus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap), Human Papilloma Virus (HPV), Varicela, Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococo Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
<b>Equipo para monitoreo y tratamiento de diabetes para menores de edad de acuerdo a la Ley Núm. 177-2016</b>			
Glucómetro, tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina	150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas al 100% de la tarifa contratada para suscriptores diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están en la <b>Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020 según enmendada</b> . La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al suscriptor. Aplica un 40% de coaseguro hasta un máximo de \$5,000	150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas al 100% de la tarifa contratada para suscriptores diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están en la <b>Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020 según enmendada</b> . La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al suscriptor. Aplica un 40% de coaseguro hasta un máximo de \$5,000	150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas al 100% de la tarifa contratada para suscriptores diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están en la <b>Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020 según enmendada</b> . La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al suscriptor. Aplica un 40% de coaseguro hasta un máximo de \$5,000
<b>SERVICIOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO - Requiere autorización previa del plan.</b>			
<p>En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como "La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y son mamografías, y tratamientos como, pero no limitados a: mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad. La Ley Num. 82 de 15 de marzo de 2018, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la Ley Num. 275 de 2012, supra, dispone que será responsabilidad de los Proveedores de Servicios de Salud, referir a todo suscriptor diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La cubierta catastrófica o especial le será provista a todo suscriptor diagnosticado con cáncer que califique para estos fines, en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables." Para abonar a que se cumpla con la disposición antes reseñada de la Ley Núm. 82 supra, por los proveedores de servicios de salud, First Medical orienta a los proveedores de servicios de salud quienes están ofreciendo servicios a los pacientes con cáncer y a los suscriptores con diagnóstico de cáncer, sobre el derecho que tienen de ser suscriptores de la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno, basado en criterios establecidos. Parte de la orientación es que todo suscriptor diagnosticado con cáncer que califique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.</p>			
<b>SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN</b>			
<p>Todo paciente con la condición de Síndrome de Down suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018. Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad. Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: - Pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición, - Visitas Médicas, - Servicios terapéuticos con enfoque remediador para vida independiente, - O viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.</p>			

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Ventas  
Año Contrato 2020  
Cubierta Básica

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>			
Vasectomía	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.
Esterilización Femenina Ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago/coaseguro de acuerdo a la especialidad del médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago/coaseguro de visita según la especialidad del médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago/coaseguro de visita según la especialidad del médico.**
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% según ley PPACA.	Cubierto al 100% según establece PPACA.**	Cubierto al 100% según establece PPACA.**
<b>Vacunas Según el Itinerario para la Administración Rutinaria de Vacunas para Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico</b>			
Pediarix	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Prevnar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
RSV na RSV (Synagys)	Cubierto al 90% de la tarifa contratada, después del 10% de coaseguro. Aplica protocolo médico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Límite de Edad para Vacunas	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal
<b>Trasplante de Órganos</b>			
Trasplante de órganos (Médula Osea, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón(unilateral o vilateral), Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado). Trasplantes Cubiertos y otros servicios relacionados órganos; piel, tejidos, huesos y córnea.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

Los servicios Médico-Quirúrgicos, de consulta, anestesia, pruebas diagnósticas y demás servicios prestados, que estén cubiertos en la cubierta básica a la cual esté acogido el paciente suscriptor, se reembolsarán a base de las tarifas contratadas por FMHP, Inc. para el pago de dichos servicios en Puerto Rico.

Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.

Todos los Beneficios en esta Cubierta son por Vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Beneficio Máximo	\$1,250,000.00	\$1,250,000.00	\$1,250,000.00
Deducible Anual	\$50.00 en Individual / \$150.00 en Familiar	\$50.00 en Individual / \$150.00 en Familiar	\$50.00 en Individual / \$150.00 en Familiar
Coaseguro	20% de coaseguro por año contrato	20% de coaseguro por año contrato	25% de coaseguro por año contrato
Equipo Médico Duradero (DME) Compra o alquiler de oxígeno, equipo necesario para su administración, silla de rueda o cama de posiciones y equipo de parálisis respiratoria, glucómetro, tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina.	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.
Prótesis, Implantes y bandeja ortopédica	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere pre autorización*Sujeto a protocolo.
Litotripsia Extracorpórea Renal	Exceso de la cubierta básica hasta \$5,000.00 por año contrato, sujeto a pre autorización.**	Exceso de la Cubierta Básica hasta \$5,000 por año contrato.**	Exceso de la Cubierta Básica hasta \$5,000 por año contrato.**
Aparatos Ortopédicos / Ortóticos	Cubiertos al 100% hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere pre-autorización.	Cubiertos al 100% hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere pre-autorización.	Cubiertos al 100% hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere pre-autorización.
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. No limitar servicios.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. No limitar servicios.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. No limitar servicios.**
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de \$10,000**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de \$10,000**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de \$10,000**
Ventiladores y respiradores mecánicos	Sin límite según Ley local para pacientes menores de 21 años. Cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Sin límite según Ley local para pacientes menores de 21 años. Cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Sin límite según Ley local para pacientes menores de 21 años. Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Mamoplastias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**
<b>Servicios fuera de Puerto Rico (Sólo en Estados Unidos)</b>			
Servicios de Emergencia fuera de Puerto Rico a cargos razonables y habituales.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

Nota: Los beneficios aquí incluidos aplican cuando un beneficio similar de cubierta básica haya terminado o cuando el beneficio no sea parte de la cubierta básica y esté incluido en esta cubierta de Gastos Médicos Mayores.

<b>BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD VISUAL (IVision International, Inc.)</b>	
Examen de la Vista (Refracción) (1 cada 12 meses)	CUBIERTO \$10.00 Copago
Un (1) par de espejuelos (lentes y monturas) para menores de (21) años cada (12) meses.	CUBIERTO \$10.00 Copago
Una (1) montura de espejuelos de la colección Preferred (cada 12 meses)	CUBIERTO \$18.00 Co-pago
Single vision	CUBIERTO \$18.00 Co-pago
Bi-focal (FT.25 - FT-28)	CUBIERTO \$20.00 Co-pago
Tri-focal (FT x 25)	CUBIERTO \$18.00 Co-pago
Policarbonato (Hasta 21 años, un set cada doce meses para visión sencilla)	CUBIERTO \$20.00 Co-pago
Tintes Recetados	CUBIERTO
Tinte: Verde Sólido, Gris o Marrón	CUBIERTO \$10.00 Copago
Protección Ultra-Violeta y Tratamiento Anti-Rayazos	CUBIERTO \$16.00 Copago
Lentes de Contacto	CUBIERTO
Desechables	CUBIERTO \$36.00 Co-pago
Medicamentos Necesarios	CUBIERTO \$36.00 Co-pago
Descuento	(20% del Precio Regular) Monturas fuera de la colección Preferred
Proveedor de Servicio	IVision International
Esta Cubierta para el Cuidado de Salud Visual aplica para la Cubierta Uniforme (Oro), Premium ELA (Rubi) y Classic ELA (Rubi).	

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

Programa de Medicamentos Recetados	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
Deducible Inicial	No aplica	No Aplica	\$50.00
Beneficio Anual	\$2,000 por persona cubierta	\$1,750 por persona cubierta	\$1,200 por persona cubierta
Exceso de	\$2,001.00 en adelante aplica 40% de coaseguro.	\$1,751 en adelante aplica 40% de coaseguro.	\$1,201 en adelante aplica 40% de coaseguro.
Genérico Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$5.00 de copago.	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago.	\$15.00 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago.	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago.	\$15.00 de copago
Medicamento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del 15% de coaseguro o mínimo de \$20 copago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del 15% de coaseguro o mínimo de \$20 copago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas.
Marca Preferida / Farmacia Preferida	10% de coaseguro mínimo \$12.00 de copago.	20% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago.	20% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago
Marca Preferida / Farmacia No Preferida	15% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago.	25% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago.	25% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago.
Marca No Preferida / Farmacia Preferida	15% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago.	30% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago.	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacia No Preferida	20% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago.	30% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago.	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago.
Medicamentos Biotecnológicos Todas las Farmacias	30% de coaseguro hasta un máximo de \$200 de copago.	Especializado Preferido 30% de coaseguro Especializado No Preferido 40% de coaseguro Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.	50% de coaseguro. Sujeto a Pre-autorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.
Tratamiento para dejar de Fumar	Cubierto hasta \$400.00 por año contrato.	Cubierto hasta \$400.00 por año contrato.	Cubierto hasta \$400.00 por año contrato.
Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto	Medicamentos con costo igual o menor a \$8.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	Medicamentos con costo igual o menor a \$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	Medicamentos con costo igual o menor a \$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.
Despacho de Medicamentos a través de Servicios de Correo	No está disponible.	No está disponible.	No está disponible.

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

BENEFICIOS CUBIERTA DENTAL				
		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBI)	CLASSIC ELA (RUBI)
<b>Beneficio Máximo en cubierta</b>		\$1,000.00	\$750.00	\$500.00
<b>Tipo I - Diagnóstico y Preventivo</b>				
<b>D0150</b>	Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
<b>D0120</b>	Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*
<b>D0140</b>	Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*
	Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intervalos de 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intervalos de 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intervalos de 6 meses.
<b>D1110</b>	Profilaxis - Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*
<b>D1120</b>	Profilaxis - Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De doce (12) años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De doce (12) años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De doce (12) años en adelante.*
<b>D1208</b>	Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.
<b>D1510</b>	Mantenedores de espacio Unilateral	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
<b>D1516</b>	Mantenedores de espacio bilateral maxilar	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
<b>D1517</b>	Mantenedor de espacio bilateral mandibular	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
<b>D1351</b>	Sellantes de Fisura por Diente	Por diente por vida en premolares y molares permanente.	Por diente por vida en premolares y molares permanente.	Por diente por vida en premolares y molares permanente.
<b>Radiografías / Cubierto al 100%</b>				
<b>D0210</b>	Radiografía de serie completa intraorales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.
<b>D0220</b>	Radiografía periapical intraoral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 20% coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 30% coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Una (1) por año.
<b>D0230</b>	Radiografía periapical adicional	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. *Aplica 20% coaseguro. Hasta cinco (5) por año	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 30% coaseguro. Hasta cinco (5) por año	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Hasta cinco (5) por año
<b>D0270</b>	Radiografía de mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 20% coaseguro. Dos (2) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 30% coaseguro. Dos (2) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Dos (2) por año.
<b>D0272</b>	Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 20% coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 30% coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Una (1) por año.
<b>D0330</b>	Radiografía panorámica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 20% coaseguro. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Aplica 30% coaseguro. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.* Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.
<b>Código D0210 , D0330 uno es excluyente del otro.</b>				

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.

BENEFICIOS CUBIERTA DENTAL				
Tipo II - Tratamientos Restaurativos Menores				
<b>Amalgamas</b>				
D2140	Amalgama una (1) Superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2150	Amalgama dos (2) Superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2160	Amalgama tres (3) Superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2161	Amalgama cuatro (4) ó más superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
<b>Resinas</b>				
D2330	Resina una (1) Superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2331	Resina dos (2) Superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2332	Resina tres (3) Superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3335	Resina cuatro (4) Superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7140	Extracción Sencilla	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9110	Paliativo	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
Tipo III - Tratamientos Restaurativos Mayores				
D5213, D5214, D5282, D5283	Puentes	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D2740, D2752	Coronas	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5110, D5120	Dentadura	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D3310, D3320, D3330	Endodoncia	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D7210, D7220, D7230, D7240, D7250	Cirugía Oral	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.



First Medical Health Plan, Inc.  
 Departamento de Ventas  
 Año Contrato 2020  
 Cubierta Cubierta Dental

<b>BENEFICIOS CUBIERTA DENTAL</b>				
D4341, D4342	Periodoncia	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
	<b>Ortodoncia</b>	Excluido.	Excluido.	Excluido.
Cubierta Dental (D07) aplica para las cubiertas Uniforme (Oro), Premium ELA (RUBI), CLASSIC ELA (RUBI).				
*Los servicios antes descritos están sujetos a disponibilidad de cubierta e historial del paciente.				
Los servicios de coronas, postes, periodoncia y restaurativo mayor serán por pre-autorización.				
Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.				

\*Sujeto a necesidad médica.

\*\*Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.