

CUBIERTA DE BENEFICIOS

2021



CLASSIC ELA - RUBÍ

PREMIUM ELA - RUBÍ

UNIFORME - ORO

**44** AÑOS  
de SALUD

**SOLIDEZ** • ECONOMÍA • SEGURIDAD • CALIDAD  
ACCESIBILIDAD • SERVICIO • PRESTIGIO • CONFIABILIDAD

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
<b>Servicios Hospitalarios</b>			
Hospitalización (Habitación semiprivada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago por hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago por hospitalización.
Unidad de Cuidados 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.*
Facilidades de Cirugía Ambulatoria	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.*
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 tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de 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 Plasmáferesis)	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.*
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
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.*
Terapias del Cáncer: radioterapia, cobalto, quimioterapia (vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal), radioisótopos y braquiterapia. <b>En cumplimiento con el artículo 1 de la Ley Núm. 107 de 2012.</b>	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 20% de coaseguro**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 20% de coaseguro**
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$75.00 de copago por la hospitalización.**	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$150.00 de copago por la hospitalización.**	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$200.00 de copago por la hospitalización.**
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis o 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 o 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 o 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 o Hemodiálisis.
Terapia respiratoria	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.*
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
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 consultas de médicos especialistas, subespecialistas 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 \$15.00 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$20.00 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$30.00 de copago por visita.**
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.
Enfermera Diestra ( <i>Skilled Nursing Facilities</i> )	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
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, <i>stents</i> , desfibriladores y dispositivos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicios para el diagnóstico, 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.*
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la <b>Ley 220 del 4 de septiembre del 2012</b> .	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
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, Cubiertos a través de Gastos Médicos - Mayores " <i>Major Medical</i> ")	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 ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada 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.*
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 contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
<b>Servicios de Salud Mental "Behavioral" - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addition Equity Act" (MHPEA)</b>			
Hospitalización Psiquiátrica / Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago por hospitalización.*
Visita al Psiquiatra	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Psicólogos Clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Visitas colaterales	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Terapias de grupo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Tratamientos Residenciales Ambulatorios	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)
Enfermeras Especiales	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.
Evaluación Neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **
Terapia electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>
<b>Servicios para Uso y abuso de Sustancias Controladas - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addition Equity Act" (MHPEA)"</b>			
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Parcial para Dependencia de Sustancias Controladas/ Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago por hospitalización.*
Visita al Psiquiatra	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Terapias de grupo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Tratamientos Residenciales Ambulatorios	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)
Terapia electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> . <b>Requiere previa autorización del plan.</b>
Evaluación Neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400.00 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400.00 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta \$400.00 por año contrato.*
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
<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 \$75.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago.*
Servicios 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	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*

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Ginecomastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*
<b>Sala de Emergencia / Sala de Urgencias Enfermedad Aguda</b>			
Emergencia Enfermedad Aguda	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$40.00 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$50.00 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 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 \$75.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200.00 de copago.*
<b>Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)</b>			
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$8.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$12.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago.
Especialista	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.
Sub Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$20.00 de copago.
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para pacientes no hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Sujeto a protocolo médico.**	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.*
Enfermera Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100% de la 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.*
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro en facilidad /oficina médica.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro en facilidad /oficina médica.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro en facilidad /oficina médica.*
Tratamiento de 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 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*
Inyecciones (Vacunas) para Alergia	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.*
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 \$15.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80.00 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80.00 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80.00 por cada emergencia médica.*

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
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 preautorización 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 preautorización 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 preautorización si no es una emergencia.**
Terapias del Cáncer: radioterapia, cobalto, quimioterapia (vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal), radioisótopos y braquioterapia. <b>En cumplimiento con el artículo 1 de la Ley Núm. 107 de 2012.</b>	Cubierto al 100% de 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 \$10.00 de copago, a través de reembolso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15.00 de copago, a través de reembolso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18.00 de copago, a través de reembolso.
Diálisis o 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.	Cubierta al 100% de la tarifa contratada. Según enmienda a la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como suscriptor a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad. Además, está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes.		
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/ y coaseguro según el servicio prestado.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago/ y coaseguro según el servicio prestado.
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) por año contrato.**	Cubierto al 100%, aplica 35% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) por año contrato.**	Cubierto al 100%, aplica 35% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) 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 quiropráctico.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$10.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$12.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.**
Manipulaciones de Quiropráctico	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de \$7.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de \$10.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de \$12.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**
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.**

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Terapia del Habla	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.**
<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 la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, 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 la tarifa contratadas, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa 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%, aplica 35% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 40% de coaseguro; dos (2) de cada tipo 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 Flow Doppler	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 Periferovascular No Invasivo	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.**
CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 35% de coaseguro. Dos (2) por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 40% de coaseguro. 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 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 40% de coaseguro, hasta uno (1) prueba 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 uno (1) procedimiento por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.*
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 dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas 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.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
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.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
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.**

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
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.**
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 35% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**
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 Guardería (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.*



BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
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 100% de la tarifa contratada. Aplica 35% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por embarazo.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 40% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por embarazo.**
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.**
Bomba de Lactancia Manual (No Incluye los Suplidos ni materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Vacuna <i>RhoGAM</i>	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>			
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.
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).		
<b>Equipo para monitoreo y tratamiento de diabetes de acuerdo a la Ley Núm. 177-2016, según enmendada la Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020.</b>			
Glucómetro, tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina	FMHP proveerá 150 tirillas y 150 lancetas mensuales y una bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas al 100% de la tarifa contratada para suscriptores diagnosticados con <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el <b>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services</b> . Aplica un 40% de coaseguro hasta un máximo de \$5,000. Luego de agotar beneficio máximo aplica un 60% de coaseguro.		
<b>Ley Núm. 139 del 8 de Agosto de 2016, Ley para establecer, adscrito a la (ASMPR), una clínica permanente para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo.</b>			
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
<b>Ley Núm. 10 del 3 de enero de 2020, Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno.</b>			
Cernimiento de cáncer ginecológico, de mama y próstata	<p>FMHP proveerá cubierta de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <p>a. una mamografía de referencia "baseline mammogram" a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años;</p> <p>b. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más;</p> <p>c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno ("Breast Imaging Reporting and Data System", BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología ("American College of Radiology");</p> <p>d. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.</p>		
<b>Servicios Médicos Quirúrgicos para Pacientes con Cáncer del Seno - Requiere autorización previa del plan.</b>			
<p>En cumplimiento con la <b>Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012</b>, 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 <i>Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)</i>, 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. <b>La Ley Núm. 82 de 15 de marzo de 2018</b>, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la <b>Ley Núm. 275 de 2012, supra</b>, 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 cualifique 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 <b>Ley Núm. 82 supra</b>, por los proveedores de servicios de salud, First Medical Health Plan, Inc., garantiza la cubierta 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 cualifique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.</p>			
<b>Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, mejor conocida como "Ley Gabriela Nicole Correa Santiago"</b>			
<p>First Medical Health Plan garantiza la cubierta de tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer, según las guías establecidas en la ley reseñada. Además, según exige la ley, First Medical Health Plan evaluará las solicitudes de determinación organizacional para los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer delineados en las guías en un término de 72 horas desde el recibo de la solicitud. En el caso de ser una solicitud marcada como urgente o expedida la misma se evaluará en 24 horas desde el recibo de la solicitud. Copago / coaseguro aplicará según tarifa establecida en contrato.</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 <b>Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018</b>. 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 remediativo para vida independiente o viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.</p>			
<b>Trasplante de Órganos</b>			
<p><u>Trasplante de órganos:</u> Riñón, Páncreas, Riñón-Páncreas, Hígado, Corazón, Pulmón (unilateral o bilateral), Corazón-Pulmón, Intestino. <u>Trasplante de tejidos:</u> Médula Ósea, Córnea.</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 por vida por suscriptor.</p>
*Sujeto a necesidad médica.			
**Sujeto a necesidad médica y requiere preautorización 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.			
First Medical Health Plan, Inc., se compromete a honrar todo nuevo beneficio otorgado por ley o enmienda según la efectividad y detalles de la misma, durante este año contrato.			

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
<b>Servicios Preventivos</b>			
<b>\$0.00 copago dentro y fuera de la red</b>			
<p>Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)</i> y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)</i> están cubiertos al 100%. A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%: <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a></p>			
<p>Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.</p>			
Teleconsulta 24/7	Cubierto a través de <i>First Health Call</i> .		
Examen del Seno / Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
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 <b>United States Preventive Services Task Force (USPTF)</b>		
<b>Servicios Preventivos para Adultos</b>			
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Pap Test (ThinPrep PAP)	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.*		
Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA)	Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.		
Glucosa Anormal en la Sangre y <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 2	Cernimiento de glucosa anormal en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los doctores deben ofrecer o recomendar a los pacientes con glucosa anormal en la sangre y con <i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2 intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física. Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.		
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.		
Uso poco saludable de alcohol	La USPSTF recomienda la detección del consumo de alcohol no saludable en adultos de 18 años o más, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas consejería conductual para reducir el consumo alcohol.		
Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: Medicina Preventiva	Se les recomienda a los doctores a iniciar el uso de aspirinas en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o mayor de enfermedades cardiovasculares, que no estén en riesgo de sangrado, que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.		
Cáncer colorrectal	Se recomiendan las pruebas de sangre oculta en la excreta para cernimiento de cáncer colorrectal; sigmoidoscopia, colonoscopia o pruebas serológicas en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.		
Depresión	Cernimiento de depresión para adultos incluyendo mujeres embarazadas y en etapa posparto. El cernimiento debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.		
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas se recomiendan los ejercicios y la terapia física en comunidades que estén a mayor riesgo de caídas.		
Prevención de caídas en adultos mayores: Vitamina D	Suplemento de Vitamina D en adultos de 65 años en adelante que viven en las comunidades que estén en mayor riesgo de caídas.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.		
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adolescentes no embarazadas y adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección, adultos y adolescentes no embarazadas.		
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección. Además, ofrecer cernimiento del Virus de Hepatitis C a adultos que hayan nacido entre los años 1945 y 1965.		
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.		
Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por VIH	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.		
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.		
Inmunización (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para adultos: dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Culebrilla ( <i>Herpes Zoster</i> ), Virus del Papiloma Humano ( <i>HPV</i> ), Influenza ( <i>Flu Shot</i> ), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Pneumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela.		
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis para adultos entre los 55 a 80 años, con historial de fumar 30 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar dentro de los últimos 15 años. El cernimiento debe descontinuarse una vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.		
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m <sup>2</sup> o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.		
Infecciones Transmitidas Sexualmente ( <i>ITS</i> , por sus siglas en español y <i>STI</i> , por sus siglas en inglés)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.		
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.		
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	Adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares ( <i>CVD</i> ) se recomienda que utilicen una dosis baja a moderada del medicamento Statin para prevenir eventos de enfermedades cardiovasculares ( <i>CVC</i> ) y la muerte cuando estén entre los 40 a 75 años de edad, presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de un 10% o mayor. El identificar la dislipidemia y el cálculo del riesgo de eventos cardiovasculares a los 10 años, requiere un cernimiento universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años.		
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.		
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazadas	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la <i>FDA</i> aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos ( <i>FDA</i> ) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. Hasta un máximo de \$400.00 por año de contrato.		
Cernimiento de Hepatitis C en Adolescentes y Adultos	El USPSTF recomienda cernimiento para la detección de la infección virus de la hepatitis C en adultos de 18 a 79 años.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Detección de uso de drogas no saludables	El USPSTF recomienda Cernimiento para detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (La detección se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).		
Intervenciones de asesoramiento conductual para prevenir infecciones de transmisión sexual ( <i>ITS</i> , por sus siglas en español y <i>STI</i> , por sus siglas en inglés)	El USPSTF recomienda asesoramiento conductual para todos los adolescentes sexualmente activos y para adultos que corren un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual ( <i>ITS</i> ). Se debe consultar la sección e Consideraciones prácticas para obtener más información sobre las poblaciones con mayor riesgo de contraer <i>ITS</i> .		
Tuberculosis	Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.		
<b>Servicios Preventivos para Mujeres incluyendo a las Embarazadas</b>			
Bacteriuria	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, si es más tarde.		
Cáncer relacionado a <i>BRCA</i> : Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética ( <i>BRCA1</i> y <i>BRCA2</i> ), el proveedor determinará si la suscriptora amerita hacerse una prueba de <i>BRCA</i> .		
Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.		
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.		
Lactancia	Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos para una máquina de lactancia, en conjunto con cada nacimiento.		
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología ( <i>cotesting</i> ).		
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.		
Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.		
Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos ( <i>FDA</i> ), incluyendo los métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.		
Ácido Fólico	Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.		
Plomo	Cernimiento de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo en mujeres embarazadas asintomáticas.		
Diabetes Mellitus Gestacional	Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas desde 24 semanas de gestación y para mujeres en alto riesgo de desarrollarla.		
Hepatitis B	Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.		
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana ( <i>VIH</i> ): Mujeres embarazadas	Los médicos deben examinar a toda mujer para detectar el <i>VIH</i> , incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda mujer embarazada se cubrirá una primera prueba de <i>VIH</i> durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación entre las 28 y 34 semanas de embarazo.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Servicios para Uso y abuso de Sustancias Controladas - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act" (MHPAEA)"	Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano (HPV) en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.		
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería, tengan señales o no de síntomas de abuso.		
Uso de una dosis baja de Aspirina para prevenir la morbilidad y mortalidad por preeclampsia	Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.		
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis.		
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis.		
Cernimiento sobre la Preeclampsia	Pruebas de cernimiento sobre la preeclampsia en mujeres embarazadas con medidas de alta presión sanguínea durante el embarazo.		
Incompatibilidad con el factor Rh (D)	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.		
Detección de Ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el período posparto. Los intervalos óptimos de detección no son conocidos, por lo que se debe usar el juicio clínico para determinar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar evaluar a las mujeres que no han sido examinadas recientemente.		
Detección de Diabetes Mellitus después del embarazo.	Detección de Diabetes Mellitus en mujeres con antecedentes de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Lo adecuado es que las pruebas iniciales se realicen dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como de 4 a 6 semanas después del parto.		
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda mujer embarazada.		
Cernimiento para Incontinencia Urinaria en mujeres	<p>La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de incontinencia urinaria en las mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección.</p> <p>Varias herramientas de detección demuestran una precisión moderada a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, es recomendable realizar pruebas anualmente ya que muchas mujeres no presentan síntomas y los múltiples factores de riesgo asociados con la incontinencia cambian con frecuencia.</p>		
Dejar de Fumar Tabaco	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda mujer embarazada sobre uso de tabaco, que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda mujer embarazada para el cesar de consumir tabaco.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Well Woman Visits	Cuidado preventivo anual, incluye cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal 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 <i>well-woman</i> es anual, aunque <i>Health and Human Services (HHS)</i> , 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.		
<b>Servicios Preventivos para Niños</b>			
Intervenciones de atención primaria para la prevención y el cese del consumo de tabaco en niños y adolescentes	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.		
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.		
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.		
Cernimiento del Trastorno del Espectro Autismo	Cernimiento de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses de edad.		
Comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.		
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.		
Cernimiento sobre caries en infantes y niños hasta 5 años	Para la prevención de caries dentales en infantes y niños hasta 5 años de edad, se recomienda la aplicación de barniz de fluoruro en los dientes primarios comenzando a la edad de la erupción del diente primario en prácticas de cuidado primario. Se recomienda a los médicos de cuidado primario prescribir suplementos de fluoruro oral comenzando a los 6 meses de edad en niños cuyo suplido de agua es deficiente de fluoruro.		
Depresión	Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para garantizar un diagnóstico preciso, o terapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.		
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.		
Dislipidemia	Cernimiento para niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.		
Audición	Cernimiento de audición para recién nacidos conforme a lo establecido en la <b>Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003</b> .		
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.		
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos no embarazadas	Cernimiento del virus de la Hepatitis B (HBV) en personas en alto riesgo de infección.		
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades hasta los 17 años y adultos de 18 años en adelante. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.		
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes y adultos no embarazadas	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la <b>Ley 45-2016</b> , como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.		
Consejería y cernimiento de virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)	Consejería y Cernimiento anual para mujeres sexualmente activas.		
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para niños y adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis ( <i>Td/Tdap</i> ), <i>Human Papillomavirus (HPV)</i> , Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola ( <i>MMR</i> ), Influenza, Neumococo, Meningococco, Hepatitis A, Hepatitis B, <i>Pneumococcal Polysaccharide</i> , Meningitis, Rotavirus, <i>Inactivated Poliovirus</i> , <i>Haemophilus Influenza B</i> . Las vacunas contra el HPV deben comenzar a la edad de 9 años para niños y adolescentes con historial de abuso sexual, quienes no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis.		
Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo.		
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.		
Obesidad en Niños y Adolescentes	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.		
Profilaxis ocular para la oftalmía gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmía gonocócica neonatal (Gonorrea).		
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.		
Infecciones Transmitidas Sexualmente ( <i>ITS</i> , por sus siglas en español y <i>STI</i> , por sus siglas en inglés)	Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.		
Enfermedad de Células Falciformes ( <i>Sickle Cell</i> )	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.		
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.		
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.		
Uso del tabaco en niños y adolescentes	Intervenciones incluyendo educación y una breve consejería para prevenir el inicio del uso de tabaco en niños de edad escolar y adolescentes.		
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.		
Tuberculosis	Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis, hasta los 21 años.		
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.		
<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 acuerdo a la especialidad del médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago /coaseguro de acuerdo a la especialidad del médico.**
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% según ley PPACA.	Cubierto al 100% según ley PPACA.	Cubierto al 100% según ley 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.



BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Pprevnar	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 y el Departamento de Salud de Puerto Rico	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal y el Departamento de Salud de Puerto Rico	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal y el Departamento de Salud de Puerto Rico
<b>*Sujeto a necesidad médica.</b>			
<b>**Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.</b>			
<b>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.</b>			
<b>Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.</b>			

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.			
Beneficio	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
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	20% 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 coaseguro 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 coaseguro 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 coaseguro 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 coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.
Litotripsia	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta \$5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta \$5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta \$5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**
Aparatos Ortopédicos / Ortóticos	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere preautorización.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere preautorización.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo \$5,000.00 por año contrato beneficio combinado) Requiere preautorización.
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. 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%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. 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%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. 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	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Mamoplastias	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta \$5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**

Beneficio	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Servicios de Emergencia fuera de Puerto Rico a cargos razonables y habituales.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, solo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, solo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, solo para emergencias serias y súbitas. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.
<b>*Sujeto a necesidad médica.</b>			
<b>**Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.</b>			
<b>Nota:</b> 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.			

Beneficios de Cuidado de Salud Visual (Ivision International, Inc.)	
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 <i>Preferred</i> (cada 12 meses)	CUBIERTO \$18.00 Copago
<i>Single vision</i>	CUBIERTO \$18.00 Copago
Bifocal (FT.25 - FT-28)	CUBIERTO \$20.00 Copago
Trifocal (FT x 25)	CUBIERTO \$18.00 Copago
Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	CUBIERTO \$20.00 Copago
Lentes con Tintes Recetados: Verde sólido, gris, marrón. Incluye uno (1).	CUBIERTO \$10.00 Copago
Protección Ultravioleta y Tratamiento Anti-Rayazos	CUBIERTO \$16.00 Copago
Lentes de Contacto - Un (1) par cada doce (12) meses en vez de espejuelos. El fabricante (marca) de los lentes de contacto será determinado por <i>I Vision International, Inc.</i>	CUBIERTO
Desechables - Dos (2) cajas	CUBIERTO \$36.00 Copago
Medicamento Necesarios	CUBIERTO \$36.00 Copago
Proveedor de Servicio	IVISION INTERNATIONAL, INC.
Descuento	(20% del Precio Regular) Monturas fuera de la colección <i>Preferred</i>
<b>Esta Cubierta para el Cuidado de Salud Visual aplica para la Cubierta Uniforme (Oro), Premium ELA (Rubí) y Classic ELA (Rubí).</b>	

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
<b>Programa de Medicamentos Recetados</b>			
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
Luego de agotar el Beneficio Básico aplica:	40% de coaseguro	40% de coaseguro	40% de coaseguro
Genéricos Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$5.00 de copago	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	\$15.00 de copago
Genéricos 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.	<b>Especializado Preferido:</b> 30% de coaseguro // <b>Especializado No Preferido:</b> 40% de coaseguro. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.	50% de coaseguro. Sujeto a Preautorización. 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 igual o menor de:	\$8.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	\$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	\$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.
Repeticiones por receta	5 repeticiones	5 repeticiones	5 repeticiones

## Cubierta Dental

## Ley 95 - Año Contrato 2021

BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
Beneficio Máximo en Cubierta		\$1,000	\$750	\$500
Tipo I - Diagnóstico y Preventivo				
D0120	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.*
D0140	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.
D0150	Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
	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.
D0210	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.
D0220	Radiografía periapical intraoral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.
D0230	Radiografía periapical adicional	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro Hasta cinco (5) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro Hasta cinco (5) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Hasta cinco (5) por año.
D0270	Radiografía de mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Dos (2) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Dos (2) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.*
D0272	Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*
D0330	Radiografía panorámica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de 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.
D1110	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.*
D1120	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.*
D1208	Aplicación de Floruro	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.*
D1351	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.

**First Medical Health Plan Inc.**  
**Cubierta Dental**  
**Ley 95 - Año Contrato 2021**



BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
D1510	Mantenedores de espacio Unilateral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)
D1516	Mantenedores de espacio bilateral maxilar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.
D1517	Mantenedor de espacio bilateral mandibular	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.
<b>Código D0210 , D0330 uno es excluyente del otro</b>				
<b>Restaurativo Menor</b>				
D2140	Amalgama de una (1) superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2150	Amalgama de dos (2) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2160	Amalgama de tres (3) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2161	Amalgama de cuatro (4) o más superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2330	Resina de una (1) superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2331	Resina de dos (2) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2332	Resina de tres (3) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2335	Resina de cuatro (4) o más superficies, o que incluya ángulo incisal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2391	Resina en posteriores de una (1) superficie bucal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2740	Corona - Porcelana	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2752	Corona de Porcelana fundida en metal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2940	Tratamiento Paleativo	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2954	Poste y Muñon Pre- fabricado	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3220	Pulpotomía en dientes deciduos	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3310	Endodoncia, tratamiento de canal en dientes anteriores	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3320	Endodoncia, tratatamiento de canal en premolares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3330	Endodoncia, tratamiento de canal en molares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.

**First Medical Health Plan Inc.**  
**Cubierta Dental**  
**Ley 95 - Año Contrato 2021**



BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
D4341	Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D4342	Alisado radicular de tres (3) dientes o menos	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D4910	Profilaxis periodontal e incluye los procedimientos necesarios para el tratamiento de las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluyendo la cirugía periodontal.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7111	Extracción de raíces residuales de dientes primarios.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7140	Extracción sencilla	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7210	Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7220	Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7230	Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7240	Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7250	Extracción quirúrgica de raíces retenidas (quirúrgico).	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7510	Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7961	Frenulectomía Labial / Bucal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7962	Frenulectomía Lingual	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9110	Aplicación de desensibilizante.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9910	Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9930	Complicación post-cirugía	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
<b>Restaurativo Mayor</b>				
D5110	Dentadura completa maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5120	Dentadura completa mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5213	Dentadura removable base en metal maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5214	Dentadura removable base en metal mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5282	Prótesis removable maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5283	Prótesis removable mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.



**First Medical Health Plan Inc.**  
**Cubierta Dental**  
**Ley 95 - Año Contrato 2021**



BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
D5421	Ajuste parcial maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5422	Ajuste parcial mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5510	Reparación de dentadura completa partida	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5520	Reemplazo de diente en dentadura completa.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5620	Reparación de base de metal de dentadura removible	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5630	Reparación de gancho partido.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5640	Reemplazo de diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5650	Añadir diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5660	Añadir gancho a dentadura removible	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
Los servicios de coronas, postes, periodoncia y restaurativo mayor serán por preautorización.				
<b>Cubierta Dental (D07) aplica para las cubiertas Uniforme (Oro), Premium ELA (RUBÍ), CLASSIC ELA (RUBI).</b>				
<b>*Los servicios antes descritos están sujetos a disponibilidad de cubierta e historial del paciente</b>				
<b>Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos</b>				