



El Resumen de Beneficios y Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su Cubierta, o para obtener una copia de los términos de cubierta completos, puede acceder llamar al 1-888-318-0274. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados, consulte el Glosario. Puede ver una copia del Glosario, puede llamar al 1-888-318-0274.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | \$50.00 por miembro en la Cubierta de Farmacia y \$0.00 en la Cubierta Básica. | Vea la tabla que comienza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre. |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero vea la tabla en la página 2 para otros costos por los servicios que este plan cubre. |
| ¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo? | Sí. El costo en Individual es \$6,350 y en Familiar es \$12,700. | El límite de desembolso es lo más que usted pagaría por su parte de los costos de los servicios cubiertos (usualmente un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos para el cuidado de su salud. |
| ¿Qué gastos no cuentan para el <u>límite de desembolsos en efectivo</u> ? | Primas, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos bajo este plan. | A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para límite de desembolso . |
| ¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan? | No. | La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos específicos, tales como las visitas a la oficina de un médico. |



| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|---|
| ¿Este plan utiliza una red de proveedores? | Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, acceda al enlace Web www.firstmedicalpr.com o llame al (787) 878-6909 con el Departamento de Proveedores. | Si usted utiliza un doctor dentro de la red u otro proveedor de cuidado de salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red , preferidos o participantes para referirse a los proveedores dentro de su red. Refiérase a la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores. |
| ¿Necesito un referido para ver un especialista ? | No. | Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido. |
| ¿Hay servicio(s) que el plan no cubra? | Sí. | Consulte su contrato o documento del plan para obtener información adicional de los servicios excluidos. |



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

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|---|---|---|----------------------------|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del médico | Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad | \$10.00 de copago | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Visita a especialista/subespecialista | Especialista \$15.00 de copago. Subespecialista \$20.00 de copago. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Visita a la oficina de otro profesional de salud | Podiatra, audiólogo y quiropráctico \$15.00 de copago. Optómetra \$10.00 de copago. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| Si se atiende en la clínica o consultorio del médico | Cuidado preventivo/ cernimiento/vacunas | \$0 copago para servicios preventivos por Ley Federal. \$0 copago por otras inmunizaciones. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|--|--|---|---|
| Si tiene que hacerse un examen | Pruebas de Diagnóstico (Rayos X, Laboratorios) | 40% de coaseguro. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Imágenes (CT/PET Scans, MRIs) | 40% de coaseguro. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada solo si la especialidad no está disponible en la red de proveedores FMHP. | PET Scan y PET CT, hasta uno por suscriptor por año contrato, requiere autorización previa del plan. MRI y CT, hasta uno por región anatómica, por suscriptor año contrato. Requiere autorización previa del plan. |
| Si necesita un medicamento Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.firstmedicalpr.com | Beneficio máximo \$1,200 por contrato. | Luego del beneficio máximo aplica un 80% de coaseguro. | Solo cubre en farmacias en Estados Unidos que sea internacional, tales como: Walgreens, Walmart o CVS y en las farmacias de la comunidad. | <p>Aplican las siguientes reglas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos como primera opción. • Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requieren autorización previa del plan. • Hasta 30 días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Hasta 15 días de suplido para medicamentos agudos. |
| | Nivel 1 (Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes) | 10% mínimo \$10.00 | | |
| | Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) | 30% mínimo \$20.00 | | |
| | Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos) | 40% mínimo \$25.00 | | |
| | Nivel 4 (Medicamentos Productos Especializados) | 40% mínimo \$50.00 | | |
| | Costo igual o menor de \$8.00 | No Cubierto | | |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|---|---|---|---|
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Cuota de facilidad (Ej. centro de cirugía ambulatoria) | 35% de coaseguro Procedimientos Ambulatorios. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Cuota de médico / cirujano | Nada. | Nada. | Ninguna. |
| Si necesita atención inmediata | Servicios de emergencia/urgencia | \$70.00 de copago / \$50.00 de copago en nuestras facilidades de Hospitales y Clínicas Metro Pavía. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x. |
| | Transportación médica de emergencia | Ambulancia terrestre hacia o desde un hospital local, facilidad alterna o traslado entre instituciones hospitalarias, a través de reembolso, hasta \$80.00 por viaje. Ambulancia aérea hasta 1 viaje para servicios en Puerto Rico. Incluye Vieques y Culebra, cubierto al 100% de la tarifa contratada. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|--|--|---|----------------------------|
| Si lo admiten al hospital | Cuota de facilidad (Ej. cuarto del hospital) | \$200.00 de copago / \$0.00 de copago en nuestras facilidades de Hospitales y Clínicas Metro Pavía. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Cuota de médico / cirujano | Nada. | Nada. | Ninguna. |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental | Psiquiatra \$15.00 de copago Psicólogo \$15.00 de copago Evaluación neuropsicológica \$15.00 de copago | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |
| | Servicios hospitalarios de salud mental | Hospitalización \$200.00 de copago y Hospitalización Parcial \$100.00 de copago. | | Ninguna. |
| | Servicios ambulatorios de abuso de sustancias | Psiquiatra \$15.00 de copago Psicólogo \$15.00 de copago | | Ninguna. |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios hospitalarios de abuso de sustancias | Hospitalización \$200.00 de copago y Hospitalización Parcial \$100.00 de copago. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|---|---|---|--|
| Si está embarazada | Cuidado prenatal y postnatal | Copago de visita a especialista \$15.00 | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Cubierto, sólo para el suscriptor principal o su cónyuge y/o cohabitante. |
| | Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización | \$200.00 copago (admisión) | | Conforme a la Ley 248 del año 1999, hospitalización mínimo 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea. |
| Si necesita ayuda recuperándose | Servicios de rehabilitación / habilitación | \$10 copago terapia físicas \$10 copago manipulaciones | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Hasta 20 terapias físicas por suscriptor por año contrato combinadas con manipulaciones de quiropráctico. |
| Si su hijo necesita servicios de la vista | Examen de visión | Cubierto. | Cubierto. | Una (1) refracción (examen de la vista) al año. |
| | Espejelos | Cubierto. | Cubierto. | Una (1) montura por año contato. |
| Si su hijo necesita servicios dentales | Exámenes orales Diagnóstico y Preventivo Pediátrico | 0% | | Uno (1) cada seis (6) meses. Cubierto solo si el asegurado tiene la Cubierta Dental. |

Nota: En caso de surgir alguna discrepancia con relación a este resumen de cubierta, prevalecerá lo dispuesto en el contrato.

Derechos a continuar con su cobertura: Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cobertura, comuníquese con el Plan al 1-888-318-0274. Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356 Guaynabo PR 00968-3029, teléfono: 787-304-8686; Procurador de la Salud: PO BOX 11247 San Juan PR 00910-2347 Teléfono: 787-977-0909. Otras opciones : de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite www.firstmedicalpr.com.com o llame al 1-888-318-0274.

Aviso de No Discriminación

First Medical Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. First Medical no excluye a las personas ni la trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si considera que First Medical Health Plan, Inc. no le proporcionó estos servicios o discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo por escrito al Departamento de Cumplimiento de First Medical, PO Box 191580, San Juan PR 00919-1580, o llamando al número de teléfono 787-625-9557 ext. 2108, TTY: 1-844-347-7805, o por fax al 787-300-3913, dirección de correo electrónico: cumplimiento@firstmedicalpr.com. También puede visitar cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestros Representantes de Servicio están a su disposición para brindársela.

También, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono a 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Derecho a Radicar una Querella o Apelación

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese al Departamento de Querellas a través del 787-474-3999, por fax al 787-625-8765, personalmente visitando una de nuestras Oficinas de Servicio o a través de correo postal:

First Medical Health Plan, Inc.
PO BOX 191580
San Juan, PR 00918-1580

Un Representante de Servicio de FMHP atenderá su inquietud , ya sea por teléfono o personalmente en alguna de nuestras dieciséis (16) oficinas de servicio. De no lograrse resolver su inquietud por esta vía de forma inmediata, su situación se convertirá en una querella, la cual será referida al Departamento de Querellas de FMHP.

El Departamento de Querellas de FMHP, ha sido establecido, conforme al Capítulo 22 del Código de Salud de Puerto Rico, un proceso para evaluar y resolver de forma eficiente y a tiempo cualquier querella.

Toda persona cubierta o representante personal, tiene derecho a recibir, según sea solicitado, de forma gratuita, el acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a la reclamación del demandante para los beneficios. Ya sea un documento, registro u otra información que es relevante para un reclamo de beneficios.

Todo suscriptor de FMHP, tiene el derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado del Seguro (OCS) o la Oficina del Procurador de la Salud (OPS), de las siguientes formas:

Oficina del Comisionado del Seguro (OCS)
B5 Tabonuco Suite 216 PMB 356
Guaynabo, PR 00968-3029
Teléfono 787- 304-868

Oficina del Procurador de la Salud (OPS)
PO Box 11247
San Juan, PR 00910-2347
Teléfono 787-977-0909

Servicios lingüísticos:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-318-0274

English (Inglés): For assistance in English, call 1-888-318-0274

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-318-0274

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-318-0274

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-318-0274