



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 en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-888-318-0274.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | \$75.00 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 servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible? | Sí. | La Cubierta Básica no tiene deducible general. |
| ¿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. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan? | Sí. Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por proveedores dentro de la red- El costo en Individual es \$6,350 y en Familiar es \$12,700. | El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que pueda pagar en un año por servicios cubiertos. Si tienen otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite total de gastos de bolsillo de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Primas, copagos, coseguros y deducibles por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red. | A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para límite de gastos del bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la Red? | 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 <u>especialista</u> ? | No. | Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido. |



Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

- [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 | \$12.00 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 \$18.00 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. |
| | 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) | 45% 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) | 45% 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 \$1,000 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 \$15.00 | | |
| | Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) | 30% mínimo \$25.00 | | |
| | Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos) | 40% mínimo \$30.00 | | |
| | Nivel 4 (Medicamentos Productos Especializados) | 40% mínimo \$55.00 | | |
| | 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 | \$80.00 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) | \$250.00 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 \$18.00 de copago Psicólogo \$18.00 de copago Evaluación neuropsicológica \$18.00 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 \$250.00 de copago y Hospitalización Parcial \$125.00 de copago. | | 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 \$18.00 | 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 | \$250.00 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 | \$12 copago terapia física \$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. |
| | Atención médica en el Hogar | Aplica 30% de coaseguro. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica \$0.00 de copago | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna |
| | Servicios de Enfermería Diestra | Cubierto. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Ninguna |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra Skilled Nursing Facility | copago de \$250 | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Requiere pre-autorización |
| | Servicios de cuidados paliativos | No cubierto | No cubierto | |
| | Equipo Médico Duradero | 40% de copago hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro. | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Requiere pre-autorización |

| | | | | |
|---|--|------------------------|---|--|
| Si su hijo necesita servicios de la vista | Examen de visión | \$0.00 copago / visita | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato. |
| | Espejuelos | \$0.00 copago | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Un (1) par de espejuelos (lentes y montura) por año contrato. |
| Si su hijo necesita servicios dentales | Exámenes orales Diagnóstico y Preventivo Pediátrico | \$0.00 copago | Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable. | Un (1) examen oral periódico cada seis (6) meses. |

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

| | |
|---|--|
| Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos). | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos Auditivos • Cuidado Prolongado • Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos • Enfermeras Privadas • Tratamiento para la Infertilidad |

| | |
|---|---|
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al Quiropráctico • Cuidado dental • Cuidado visual | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación • Visitas al Podiatra y cuidado rutinario del pie • Nutricionista |

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 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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?: Si.

La ley Affordable Care Act requiere que la mayoría de las personas tengan una cubierta de salud que cualifique como cubierta mínima de beneficios esenciales Esta cubierta provee una cubierta mínima de beneficios esenciales.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?: Si

La ley Affordable Care Act establece un valor mínimo estándar en los beneficios de lacubierta de salud. El valor mínimo estándar es un 60% (valor actuarial). Esta cubierta cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1146. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos actuales podrían ser diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

| (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital) | | (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada) | | (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento) | |
|--|-----------------|---|-------------------|---|-----------------|
| ■ El deducible general del plan | \$0.00 | ■ El deducible general del plan | \$0.00 | ■ El deducible general del plan | \$0.00 |
| ■ Copago de Especialista | \$15.00 | ■ Copago de Especialista | \$15.00 | ■ Copago de Especialista | \$15.00 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$200.00 | ■ Hospital (instalaciones) copago | \$200.00 | ■ Hospital (instalaciones) copago | \$20.00 |
| ■ Otro copago | \$0.00 | ■ Otro copago | \$0.00 | ■ Otro copago | \$0.00 |
| Este EJEMPLO incluye servicios como: | | Este EJEMPLO incluye servicios como: | | Este EJEMPLO incluye servicios como: | |
| Visitas al especialista (atención prenatal) | | Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad). | | Sala de emergencia (incluye materiales médicos) | |
| Servicios de parto profesionales | | Pruebas diagnósticas (análisis de sangre). | | Pruebas diagnósticas (radiografía). | |
| Servicios de instalaciones de partos profesionales | | Medicamentos por recetas | | Equipo médico duradero (muletas) | |
| Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre). | | Equipo médico duradero (medidor de glucosa) | | Servicios de rehabilitación (terapia física) | |
| Visita al especialista (anestesia) | | | | | |
| Costo total del ejemplo | \$5,600 | Costo total del ejemplo | \$5,214 | Costo total del ejemplo | \$450 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | | En este ejemplo, Joe pagaría: | | En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0.00 | Deducibles | \$0.00 | Deducibles | \$0.00 |
| Copagos | \$240.00 | Copagos | \$120.00 | Copagos | \$190.00 |
| Coaseguro | \$283.80 | Coaseguro | \$1,160.68 | Coaseguro | \$6.00 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | N/A | Límites o exclusiones | N/A | Límites o exclusiones | N/A |
| El total que Peg pagaría es | \$523.80 | El total que Peg pagaría es | \$1,280.68 | El total que Peg pagaría es | \$196.00 |
| Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, póngase en contacto con nosotros Salud. | | | | | |

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.