



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, puede acceder o llamar al 1-888-318-0274. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-888-318-0274.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$200.00 por miembro en la Cubierta de Farmacia	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 ?	Si	Este plan cubre servicios preventivos y vacunas, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coaseguro .
¿Hay otros deducibles 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 ?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos - \$6,350 Individual / \$12,700 Familia.	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 límite de gastos de bolsillo ?	Primas, copagos, coaseguros y deducibles por beneficios no esenciales, pagos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red.	A pesar de 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 https://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. Está 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.
¿Necesita un referido para atenderse con un especialista ?	No.	Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido .

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10.00 de copago/\$0 de copago en la red MPHS	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
	Consulta con un especialista	Especialista \$20.00 de copago. Subespecialista \$30.00 de copago.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	\$0 copago para servicios preventivos por Ley Federal. \$0 de copago por otras vacunas.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	60% de coaseguro. /0% de coaseguro en la red MPHS	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	75% de coaseguro/20% en la red MPHS	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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://www.firstmedicalpr.com/	Beneficio máximo \$700 por contrato.	Luego del beneficio máximo aplica un 90% 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.	"Aplican las siguientes reglas: • 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)	\$15		
	Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos)	60% mínimo \$40.00		
	Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos)	60% mínimo \$45.00		
	Nivel 4 Medicamentos de especialidad (Medicamentos Especializados)	90%		
	Nivel 4 (Biosimilares Especializados)	40%		
	Costo igual o menor de \$8.00	No Cubierto		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	75% 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.
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	Nada	Nada

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$125.00 de copago /\$60.00 de copago en la red MPHS	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
	Transporte médico 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
	Atención de urgencia	\$125.00 de copago /\$60.00 de copago en la red MPHS	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$350.00 de copago / \$200.00 de copago en la red MPHS	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	Nada	Nada

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Psiquiatra \$20.00 de copago Psicólogo \$20.00 de copago Evaluación neuropsicológica \$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
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$350.00 de copago / \$200.00 de copago en la red MPHS Hospitalización Parcial \$175.00 de copago/\$100.00 de copago en la red MPHS		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de visita a especialista \$20.00	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 profesionales para el nacimiento y el parto en hospital	\$0.00		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
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$350.00 copago (admisión)/\$200.00 copago en red MPHS		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Aplica 35% de coaseguro. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema MPHS, aplica 35% 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 rehabilitación	\$18 copago terapia física \$20 copago manipulaciones		Ninguna
	Servicios de habilitación	\$18 copago terapia física \$20 copago manipulaciones		Ninguna
	Atención de enfermería especializada	\$350 de copago		Ninguna
	Equipo médico duradero	40% de copago hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro.		Requiere pre-autorización
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cubierto		No cubierto
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$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.
	Anteojos para niños	\$0.00 copago		
	Control dental para niños	\$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.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía Cosmética Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeras Privadas Tratamiento para la Infertilidad

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none"> Visitas al Quiropráctico 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado Visual 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas al Podiatra y cuidado rutinario del pie

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.firstmedicalpr.com/> **Página 6 de 8**

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|------------------|---|-----------------|
| • Cuidado Dental | • Cirugía Bariátrica, sujeto a precertificación | • Nutricionista |
|------------------|---|-----------------|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Oficina del Comisionado de Seguros, World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera Piso 9, San Juan, PR 00918. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el 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.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí]

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? [Sí]

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. **Servicio de acceso a idiomas:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 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

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 **0.02** 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 estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas	\$15
■ Hospital (establecimiento)	\$200
■ Otros	\$0.00

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coseguro	\$283.80

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$523.80

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas	\$15
■ Hospital (establecimiento)	\$200
■ Otros	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$1160.80

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1280.62

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas	\$15
■ Hospital (establecimiento)	\$200
■ Otros [costo compartido]	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$190
Coseguro	\$6

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$196

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.