

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Nombre del Plan		FIRST MEDICAL DIRECTO
		Gold Plus 2026
Letra de identificación	ID del Plan	13590PR0010005
Deducible Anual (Beneficios Médicos)		
A	Individual	\$0
B	Familiar	\$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)		
A	Individual	\$0
B	Familiar	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos		
-	Individual	\$6,350
-	Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud		
Servicios de Emergencia		
C	Accidente / Enfermedad	\$75
C1	Accidente/Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$50
Hospitalización		
D	Hospitalización	\$200
D1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
L	Hospitalización Parcial	\$100
L1	Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$200
-	Asistencia Quirúrgica en Hospital	\$0
Servicios Ambulatorios		
E	Generalista	\$5
E1	Generalista en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
F	Especialista	\$15
F 1	Especialista en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
G	Sub Especialista	\$20
E	Pediatra	\$5
F	Podiatra	\$15
F	Quiropráctico	\$15
F	Psiquiatra	\$15
F	Psicólogo	\$15
F	Audiólogo	\$15
F2	Optómetra	\$10
H	Facilidad o Centro de Cirugía Ambulatoria	35%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	35%

-	Examen físico rutinario	\$0
-	Exámenes pélvicos y citología vaginal	\$0
K1	Procedimientos Endoscópicos	40%
K2	Procedimientos Endoscópicos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%
-	Pruebas de Alergia	\$10
-	Biopsia del Seno	35%
-	Vasectomía	30%
-	Inyecciones Antitetánicas	\$0
-	Inyecciones en las Articulaciones	\$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%
T	Litotricia	40%
-	Timpanometría y Audiometría	\$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero		
S	Terapia Física	\$10
S	Terapia Respiratoria en Oficina	\$10
D2	Cuidado de Salud 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
D2	Servicios de Enfermería y Auxiliar de Servicios 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
D2	Visita 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
S	Servicios de habilitación	\$10
S	Servicios de rehabilitación	\$10
S	Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios	\$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
Salud Mental		
D	Hospitalización regular	\$200
D1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
L	Hospitalización Parcial	\$100

L1	Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
F	Terapia de Grupo	\$15
F	Visitas Colaterales	\$15
F	Evaluación Neuropsicológica	\$15
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0
L	Tratamiento Residencial	\$100
D	Detox	\$200
D1	Detox en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo		
-	Condición de Autismo	\$0
-	Exámenes neurológicos	\$0
-	Inmunología	\$0
-	Pruebas genéticas	\$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	\$0
-	Servicios de Gastroenterología	\$0
-	Servicios de Nutrición	\$0
-	Terapia ocupacional y del habla	\$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	\$0
Farmacia		
M	Nivel 1 (Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes)	\$8
N	Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos)	35% mínimo \$20
O	Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos)	40% mínimo \$25
P	Nivel 4 (Medicamentos Productos Especializados)	80%
P1	Nivel 4 (Medicamentos Especializados Biosimilares)	40%
Q	Beneficio inicial	\$1,100
Q1	Luego del beneficio inicial aplica	80%
-	Vacuna Rhogan	20%
-	Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	NO CUBIERTO
Servicios de Laboratorios y Rayos X		
J	Laboratorio	35%
J	Laboratorio en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	0%
J	Rayos X	35%
J	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	0%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas	40%
K2	Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%
K	Tomografía computadorizada (CT Scan)	40%
K2	Tomografía computadorizada (CT Scan) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%
K	Pruebas de medicina nuclear	40%
K2	Pruebas de medicina nuclear en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%
K	Pet CT y Pet Scan	40%
K2	Pet CT y Pet Scan en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%

K	Imagen por Resonancia magnética (MRI)	40%
K2	Imagen por Resonancia magnética (MRI) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%
Terapias de Cáncer		
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)	\$0
U	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Ambulatorio)	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas		
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal, detección, diagnóstico para cáncer cervical).	\$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%
Servicios de Maternidad		
-	Servicios prenatales y postnatales	\$0
-	Perfil biofísico	40%
-	Producción e interpretación de monitoría fetal	\$0
	Amniocentesis genética	\$0
	Amniocentesis de maduración fetal	\$0
-	Esterilización post parto	\$0
-	Esterilización ambulatoria	\$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	\$200
-	Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	\$0
Servicios de Visión Pediátrica		
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0
-	Low Vision	\$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	\$0
Servicios de Visión Adulta		
-	Examen de Refracción	\$0
-	Espejuelos para adultos	\$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%
Otros Servicios Cubiertos		
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0

-	Ambulancia Terrestre	Cubierto hacia o desde un hospital local, facilidad alterna o traslado entre instituciones hospitalarias, a través de reembolso hasta \$80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$15
-	Criocirugía del Cuello Uterino	\$0
-	Circuncisión y dilatación	\$0
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida		
-	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	40%
Programas incluidos como parte de sus beneficios		
F	Nutricionista	\$15 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Cubierta Dental		
-	Diagnóstico y Preventivo	\$0