

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS GOLD PLUS Y GOLD

Nombre del Plan		FIRST MEDICAL DIRECTO	FIRST MEDICAL DIRECTO
		Gold Plus 2027	Gold 2027
Letra de identificación	ID del Plan	13590PR0010005	13590PR0010004
Deducible Anual (Beneficios Médicos)			
A	Individual	\$0	\$0
B	Familiar	\$0	\$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)			
A	Individual	\$0	\$0
B	Familiar	\$0	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos			
-	Individual	\$6,350	\$6,350
-	Familiar	\$12,700	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia			
C	Accidente / Enfermedad	\$75	\$80
C1	Accidente/Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$50	\$50
Hospitalización			
D	Hospitalización	\$200	\$250
D1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
L	Hospitalización Parcial	\$100	\$125
L1	Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$200	\$250
-	Asistencia Quirúrgica en Hospital	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios			
E	Generalista	\$5	\$8
E1	Generalista en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
F	Especialista	\$15	\$18
F 1	Especialista en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
G	Sub Especialista	\$20	\$20
E	Pediatra	\$5	\$8
F	Podiatra	\$15	\$15
F	Quiropráctico	\$15	\$18
F	Psiquiatra	\$15	\$18
F	Psicólogo	\$15	\$18
F	Audiólogo	\$15	\$18
F2	Optómetra	\$10	\$12
H	Facilidad o Centro de Cirugía Ambulatoria	35%	45%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	35%	45%
-	Examen físico rutinario	\$0	\$0
-	Exámenes pélvicos y citología vaginal	\$0	\$0
K1	Procedimientos Endoscópicos	40%	40%
K2	Procedimientos Endoscópicos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
-	Pruebas de Alergia	\$10	\$10
-	Biopsia del Seno	35%	35%
-	Vasectomía	30%	30%
-	Inyecciones Antitetánicas	\$0	\$0
-	Inyecciones en las Articulaciones	\$10	\$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%
-	Yeso blanco aplicado en la oficina de los médicos	\$0	\$0
H	Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías	35%	45%
H	Servicios de escalenotomía	35%	45%
T	Litotricia	75%	45%

-	Timpanometría y Audiometría	\$10 por cada uno	\$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			
S	Terapia Física	\$10	\$12
S	Terapia Respiratoria en Oficina	\$10	\$12
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	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	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	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	\$12
S	Servicios de rehabilitación	\$10	\$12
S	Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios	\$10	\$12
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$15	\$15
Salud Mental			
D	Hospitalización regular	\$200	\$250
D1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
L	Hospitalización Parcial	\$100	\$125
L1	Hospitalización Parcial en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
F	Terapia de Grupo	\$15	\$18
F	Visitas Colaterales	\$15	\$18
F	Evaluación Neuropsicológica	\$15	\$18
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0	\$0
L	Tratamiento Residencial	\$100	\$125
D	Detox	\$200	\$250
D1	Detox en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0	\$0
	Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo		
-	Condición de Autismo	\$0	\$0
-	Exámenes neurológicos	\$0	\$0
-	Inmunología	\$0	\$0
-	Pruebas genéticas	\$0	\$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	\$0	\$0
-	Servicios de Gastroenterología	\$0	\$0
-	Servicios de Nutrición	\$0	\$0
-	Terapia ocupacional y del habla	\$0	\$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0	\$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	\$0	\$0
Farmacia			
M	Nivel 1 (Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes)	\$8	\$8
N	Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos)	35% mínimo \$20	40% mínimo \$35
O	Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferidos)	40% mínimo \$25	50% mínimo \$30
P	Nivel 4 (Medicamentos Productos Especializados)	80%	90%
P1	Nivel 4 (Medicamentos Especializados Biosimilares)	40%	40%
Q	Beneficio inicial	\$1,100	\$900
Q1	Luego del beneficio inicial aplica	80%	90%

-	Vacuna Rhogan	20%	20%
-	Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
J	Laboratorio	35%	45%
J	Laboratorio en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	0%	0%
J	Rayos X	35%	45%
J	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	0%	0%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas	40%	45%
K2	Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Sonogramas	40%	45%
K2	Sonogramas en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Tomografía computadorizada (CT Scan)	40%	45%
K2	Tomografía computadorizada (CT Scan) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Pruebas de medicina nuclear	40%	45%
K2	Pruebas de medicina nuclear en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Pet CT y Pet Scan	40%	45%
K2	Pet CT y Pet Scan en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Imagen por Resonancia magnética (MRI)	40%	45%
K2	Imagen por Resonancia magnética (MRI) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	40%	45%
K2	Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Endoscopías gastrointestinales	40%	45%
K2	Endoscopías gastrointestinales en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Electrocardiograma (EKG)	40%	45%
K2	Electrocardiograma (EKG) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Electromiogramas	40%	45%
K2	Electromiogramas en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Densitometría Ósea	40%	45%
K2	Densitometría Ósea en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Ecocardiogramas	40%	45%
K2	Ecocardiogramas en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Holter	40%	45%
K2	Holter en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Estudios y procedimientos neurológicos	40%	45%
K2	Estudios y procedimientos neurológicos en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Nerve Conduction Velocity Study	40%	45%
K2	Nerve Conduction Velocity Study en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	40%	45%
K2	Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Cateterismos	40%	45%
K2	Cateterismos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	PTCA - Angioplastía coronaria transluminal Percutánea	40%	45%
K2	PTCA - Angioplastía coronaria transluminal Percutánea en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)	40%	45%
K2	Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)s en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%

K	Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	40%	45%
K2	Prueba de Esfuerzo (Stress Test) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	40%	45%
K2	Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
K	Mielografía (Mielograma)	40%	45%
K2	Mielografía (Mielograma) en las Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	20%	20%
Terapias de Cáncer			
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)	20%	20%
U	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Ambulatorio)	20%	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	\$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0
Servicios de Maternidad			
-	Servicios prenatales y postnatales	\$0	\$0
-	Perfil biofísico	40%	40%
-	Producción e interpretación de monitoría fetal	\$0	\$0
	Amniocentesis genética	\$0	\$0
	Amniocentesis de maduración fetal	\$0	\$0
-	Esterilización post parto	\$0	\$0
-	Esterilización ambulatoria	\$0	\$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	\$200	\$250
-	Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	\$0	\$0
Servicios de Visión Pediátrica			
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos <i>(frames)</i> para Lentes de Corrección Visual)	\$0	\$0
-	Low Vision	\$0	\$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$0	\$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	\$0	\$0
Servicios de Visión Adulta			
-	Examen de Refracción	\$0	\$0
-	Espejuelos para adultos	\$15	\$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$15	\$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos			
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$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.	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	\$15
C2	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Aplica 50% de coaseguro. Estarán cubiertos, basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Aplica 50% de coaseguro. Estarán cubiertos, basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.

K	Pruebas Diagnósticas Especializadas para Estudios de Desórdenes del Sueño (Polisomnografía)	40%	45%
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc..	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc..
-	Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	20%	20%
-	Pruebas de Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual para todos los suscriptores, según la Ley 218 del 30 de agosto de 2012.	\$0	\$0
-	Circuncisión y dilatación	\$0	\$0
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
-	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	40%	40%
Programas incluidos como parte de sus beneficios			
F	Nutricionista	\$15 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.	\$18 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Cubierta Dental			
-	Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0