

FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Cubierta de Beneficios

Plan Individual

PAGO DIRECTO
ORO

José A. Pagán
Vicepresidente Ejecutivo Senior

DIRECCIÓN POSTAL
PO Box 191580, San Juan PR 00918-1580

DIRECCIÓN FÍSICA
Ext. Villa Caparra, 530 Calle Marginal Buchanan, Guaynabo, PR 00966

Tel. 787-474-3999

DISPOSICIONES GENERALES

- A. La cubierta bajo este contrato no está diseñada para duplicar ningún beneficio al cuál el suscriptor tenga derecho bajo la ley de seguro social federal.
- B. La persona suscrita no podrá ceder, traspasar o enajenar a favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta cubierta.
- C. El suscriptor tendrá un término de treinta (30) días, a partir de la fecha de envío de las tarjetas de identificación para reclamar cualquier error cometido por First Medical Health Plan, Inc. en la adjudicación de cubiertas y/o dependientes. En estos casos, la corrección se hará retroactiva a la fecha de efectividad de la cubierta.
- D. Los suscriptores tendrán derecho a los servicios cubiertos que sean médicalemente necesarios descritos en esta sección sólo durante la vigencia de este contrato. Las limitaciones, exclusiones y otras provisiones de este contrato y pago por el suscriptor del cargo de copago o por ciento de los servicios cubiertos, si alguno, según se especifica en este contrato.

Deductibles

Deductible	Individual	Familiar
Deductible Anual de Médico¹	Ver línea A de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	Ver línea B de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Deductible Anual de Medicamentos	Ver línea A de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato	Ver línea B de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato

Período de acumulación de Deducible

Todos los años contratos, el suscriptor cubrirá este deducible antes de que se paguen beneficios a una persona cubierta. El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad del contrato y terminará al vencimiento del mismo, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario.

- E. Los Beneficios Esenciales de Salud (EHB), según descritos por el Affordable Care Act (ACA) contemplados en esta cubierta conllevan un máximo de gastos correspondientes que son responsabilidad del suscriptor (Maximum Out of Pocket o MOOP). El MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

¹ Los servicios de emergencia, así como los servicios preventivos no estarán sujetos al deducible anual.

El máximo que aplica a este contrato será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia del mismo y representa la suma de gastos de bolsillo de la persona cubierta entiéndase: deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, First Medical cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.

Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700

Este MOOP aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia).

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN

Los servicios médicos cubiertos por este plan de salud se ofrecen a través de la red de proveedores de INTERNATIONAL MEDICAL CARD*, un sistema de acceso a médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, etc., en un ambiente de LIBRE SELECCIÓN. La red de proveedores conocida como INTERNATIONAL MEDICAL CARD es un sistema de prestación de servicios establecido para los suscriptores FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Para poder obtener los servicios de la cubierta, el suscriptor acudirá a los proveedores contratados según aparecen en el directorio de proveedores participantes. De ordinario, el suscriptor sólo pagará el copago o coaseguro aplicable al servicio. Si no hubiese un proveedor contratado disponible para brindar el servicio requerido, el plan se compromete a reembolsarle al suscriptor por los gastos cubiertos que sean médicalemente necesarios, según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores International Medical Card para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor. Además, de existir un proveedor de servicios de una especialidad no disponible en el directorio de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. y que el servicio que éste brinde sea uno cubierto por el plan, First Medical Health Plan, Inc. deberá reembolsar el 100% de los gastos incurridos por el suscriptor, menos el copago que aplique.

First Medical Health Plan, Inc. cuenta con un sistema de hospitales y clínicas asociadas a través de las cuales el suscriptor puede obtener una gran cantidad de servicios médicos, pruebas diagnósticas especializadas y servicios de sala de emergencia, entre otros. Al visitar estas facilidades, por lo regular usted no tendrá que pagar copagos o coaseguros en una serie de servicios. Pregunte acerca de estos beneficios.

Usted y cualquiera de sus dependientes suscritos, por quienes las primas requeridas hayan sido pagadas, son elegibles a la cubierta bajo el Contrato. La cubierta está sujeta a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones del Contrato.

Esta cubierta reemplazará e invalida cualquier literatura que le haya sido emitido a usted previamente por este Plan o por cualquier otro medio.

***International Medical Card es una empresa afiliada de First Medical Health Plan, Inc.**

SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA

Una emergencia es la presentación súbita o imprevista de una condición de salud a raíz de la cual la persona cubierta por este contrato entiende que se pone en peligro su vida o cualquiera de sus funciones vitales y que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata para lograr estabilizar dicha condición. Los servicios de emergencia están disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día los 365 días del año. Se presume que las siguientes condiciones se consideran ejemplos de situaciones de emergencia:

- Accidentes traumáticos
- Fracturas
- Dislocaciones
- Heridas y laceraciones
- Cólicos renales y hepáticos
- Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- Embolias pulmonares
- Ataque agudo de asma bronquial
- Dificultad respiratoria
- Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- Dolor abdominal agudo
- Convulsiones
- Reacciones febriles persistentes
- Episodios neurológicos
- Estado de choque (“shock”) y coma de cualquier orden
- Estado de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita
- Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
- Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- Envenenamientos por indigestión, inhalación
- Hemorragias de todo tipo
- Quemaduras
- Retención aguda de orina
- Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- Retención aguda del prepucio (parafimosis)
- Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- Dolor agudo en el pecho
- Emergencias de condiciones mentales
- Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias

CUBIERTA BÁSICA

Este contrato contempla los beneficios mandatorios de las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010. Estos beneficios mandatorios incluyen los servicios preventivos según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force* y las vacunas de acuerdo a lo sugerido en las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Diseases Control and Prevention* y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
CUBIERTA DE HOSPITAL	
Aplica copago de hospitalización, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Habitación semiprivada ²	365 días.
Habitación de aislamiento	Cubierto
Unidad de cuidado intensivo	Cubierto
Unidad de cuidado intermedio de infantes y cuidado intensivo pediátrico y neonatal	Cubierto
Unidad de coronaria y cuidado coronario intermedio	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cerebrovasculares y neurológicas	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cardiovasculares	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Sala de operaciones y sala de recuperación	Cubierto
Comidas y dietas especiales	Cubierto
Hiperalimentación	Cubierto
Servicios general de enfermeras	Cubierto
Sangre para transfusiones	Cubierto
Oxígeno, material curaciones, medicamentos y determinación de gases arteriales	Cubierto
Laboratorios y Rayos X	Cubierto
Terapia respiratoria y física	Cubierto
Quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal	Cubierto
Radioterapia y cobalto	Cubierto
Terapia de radiación	Cubierto
Exámenes patológicos	Cubierto
Producción electrocardiogramas y electroencefalogramas	Cubierto

² Los beneficiarios de este plan tienen derecho a una habitación semiprivada durante un periodo de hospitalización. Si el suscriptor seleccionara una habitación privada, First Medical pagará solamente la tarifa contratada de una habitación semiprivada, a menos que la habitación privada sea médica necesaria. Ninguna persona cubierta bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, está obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste. El pago de honorarios médicos, en estos casos, First Medical Health Plan, Inc. lo efectuará directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Servicio de telemetría, electromiogramas, ecocardiograma	Cubierto
Esterilización / Vasectomía	Cubierto
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Tratamientos, servicios de diagnóstico y consultas	Cubierto
Cirugías	Cubierto
Servicios de obstetricia	Cubierto
Circuncisión	Cubierto
Asistencia quirúrgica en el hospital	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Cirugía cardiovascular, cerebrovascular y Neurológica	Cubierto
Marcapasos y válvulas	Cubierto
Prueba de función pulmonar	Cubierto
Cirugía Maxilofacial	Cubierto cuando ésta sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el periodo de cubierta. Requiere autorización previa del plan y no aplica para condiciones cosméticas.
Litotripcia	Cubierto. Requiere autorización previa del plan.
Pruebas cardiovasculares invasivas	Cubierto
Pruebas cardiovasculares no invasivas	Cubierto
Cirugía de acné	Cubierto, sólo cuando sea medicamente necesario.
Trasplante de piel, hueso y córnea	Cubierto, los gastos de obtención transportación de los materiales.
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autism, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.
Cirugía bariátrica por hospitalización	Cubre sólo el bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía por vida siempre y cuando el servicio esté disponible en Puerto Rico, sujeto a autorización previa del plan.
Cirugía ortognática (osteotomía mandibular y maxilar, Lefort)	Cubierto. Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía. Requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
SERVICIOS POST HOSPITALARIOS	
Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (Skilled Nursing Facility)	Aplica copago de hospitalización regular, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Los servicios post-hospitalarios se ofrecen hasta una máxima de 120 días por suscriptor por año contrato. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos (14) catorce días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Requiere autorización previa del plan.
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE)	
Cubierto al 100%. Deben ser solicitados por el médico del suscriptor y debe ser provisto por una organización debidamente certificada para este propósito. Estos servicios estarán cubiertos, si los mismos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta y que se presten por motivos de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Este programa cubrirá por cuarenta (40) días inicialmente y veinte (20) sujeto a certificación médica.	
Servicios de Enfermería y Auxiliar de Servicios en el Hogar	Cubierto, equipo tecnológico con los servicios de enfermeras, turno diario de 8 horas según la ley 125 del 21 de septiembre de 2007.
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla	Cubierto, Una visita por un miembro de la Agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
SERVICIOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO	
<i>Requiere autorización previa del plan.</i>	
<p>En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes, First Medical no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.</p>	
<p>Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.</p>	
SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES	
<i>Requiere autorización previa del plan.</i>	
<p>Los servicios de anestesia general y uso de sala para procedimientos dentales serán cubiertos, según lo dispuesto en la Ley 352 de 1999. Aplica copago de hospitalización, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.</p>	
<p>Los mismos serán ofrecidos por un dentista pediátrico, cirujano oral o un maxilofacial que sea miembro de la facultad médica hospitalaria y certificado para llevar pacientes a sala usando anestesia general en el ambiente de sala de cirugía de una facilidad certificada para estos fines el cual determine la necesidad de su uso ya sea por complejidad o condición médica y siguiendo los criterios de la Academia Americana de Odontología Pediátrica.</p>	
<p>Esta cubierta dependerá de los siguientes indicadores:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. cuando por razón de edad, impedimento o discapacidad física o mental y complejidad del tratamiento, está imposibilitado para resistir o tolerar dolor y cooperar con el tratamiento dental sugerido. 2. cuando el paciente, entiéndase infante, niño(a), adolescente o persona con impedimento físico o mental presente alguna condición médica que haga indispensable el uso de una facilidad quirúrgica con anestesia general de manera de no comprometer su salud. 3. cuando la anestesia local esté contraindicada por motivo de alergia, infección aguda, o variante anatómica. 4. cuando el paciente sea un infante, niño(a) adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos detales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental. 5. cuando un paciente haya recibido trauma dental extenso y severo donde el uso de anestésico local comprometa la calidad de los servicios o sea infectiva para manejar el dolor y aprehensión. 	

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
<p>La pre-autorización para este servicio se aprobará o denegará dentro de dos (2) días contratos a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos por First Medical Health Plan, Inc. los cuales son: el diagnóstico del paciente; la condición médica del paciente, y las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental.</p>	
SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS	
Visitas médicas al Médico Personal (Generalista, Internista, Médico de Familia, Pediatra y Ginecólogo/Obstetra)	Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Especialista	Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Sub-especialista	Aplica copago, ver línea G de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Laboratorios y Rayos X	Aplica coaseguro, ver línea J de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Cirugía en Oficina	Aplica coaseguro, ver línea I de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Aplica copago, ver línea H de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Examen físico rutinario	Cubierto al 100%, luego del copago de visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.
Exámenes pélvicos y citología vaginal	Cubierto al 100%
Visitas al quiropráctico	Aplica copago de especialista, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapias físicas	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico.
Manipulaciones de quiroprácticos	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) manipulaciones quiroprácticas por suscriptor por año contrato, combinadas con terapias físicas. Sujeto a necesidad médica y requiere autorización previa del plan.
Servicios de rehabilitación	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. Requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Servicios de habilitación	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. Requiere autorización previa del plan.
Terapia respiratoria en Oficina Médica	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sujeto a necesidad médica comprobada.
Pruebas de alergia	Aplica \$10.00 de copago. Hasta cincuenta (50) pruebas por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Le aplica copago o coaseguro indicado excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Biopsia del seno	Aplica \$50.00 de copago
Vasectomía	Aplica 30% de coaseguro.
Inyecciones antitetánicas	Cubierto al 100%
Radioterapia; cobalto: quimioterapia por vía Intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal.	Aplica 20% de coaseguro si es ambulatorio y si es en hospitalización aplica \$0.00 de copago.
Inyecciones en las articulaciones	Aplica \$10.00 de copago. Dos (2) por día, hasta un máximo de doce (12) por suscriptor por año contrato.
Visitas médicas a domicilio	Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Criocirugía del cuello uterino	Cubierto, uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Ambulancia aérea en Puerto Rico.	Sólo aplica a servicios en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra. Aplica 20% de coaseguro. Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
Ambulancia terrestre en Puerto Rico.	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje, 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. Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Estudios desórdenes de sueño (Polisomnografía)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Uno (1) de cada tipo, por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Yeso blanco aplicado en la oficina de los médicos	Cubierto al 100%
Nutricionista	Aplica copago, ver línea F1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Servicios de nutrición por obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes	First Medical Health Plan, Inc. pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por un nutricionista o enfermedades metabólicas, quienes tienen que estar debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos. Las visitas a estos especialistas estarán cubiertas siempre que sean médicaamente necesarias y estén asociadas al tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas están limitadas a un máximo de cuatro (4) visitas por año contrato, por persona cubierta. First Medical Health Plan, Inc. reembolsará hasta un máximo de veinte dólares (\$20.00) por cada visita. Los servicios de nutrición para condiciones renales estarán cubiertos solo durante el periodo de los primeros 90 días a partir de: a) la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez a esta contrato o; b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando la diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Equipo Médico Duradero	<p>Aplica 40% coaseguro hasta un máximo de \$5,000, luego del beneficio máximo aplica un 60% coaseguro. Será cubierto el alquiler o compra de equipo dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. sujeto a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo sea usado primeramente con propósitos médicos. • El equipo pueda ser utilizado efectivamente en una facilidad no médica (ej. en el hogar). • El equipo pueda hacer una contribución significativa en el curso del tratamiento de la enfermedad o lesión. • El costo del equipo sea proporcional a los beneficios terapéuticos que de su uso se deriven. <p>El alquiler o compra del equipo médico durable lo hará First Medical Health Plan, Inc. sujeto a la necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan.</p>
Bomba de Infusión de Insulina y Suplidos para Bomba de Infusión de Insulina	Cubierto a través del beneficio de equipo médico duradero (DME), para suscriptores menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016. Sujeto a la necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan.
Equipo para medir la azúcar (Glucómetro)	Cubierto, uno cada dos años por persona cubierta, así como tirillas y lancetas (sólo para suscriptores con diabetes).
Pruebas y equipos para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida.	Aplica 40% de coaseguro. Según enmienda a la Ley Núm. 72-1993 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
	servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad. Además está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Requiere autorización previa del plan.
Visitas al Podiatra y tratamiento para el cuidado de rutina para los pies	Aplica copago de especialista, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Naturópata	Aplica copago de especialista, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Optómetra	Aplica copago correspondiente, ver línea F2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Audiólogo	Aplica copago de especialista, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Timpanometría y Audiometría	Aplica \$10.00 de copago por cada uno. Hasta uno (1) de cada uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías	Aplica coaseguro de Cirugía ambulatoria, ver línea H de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.
Servicios de escalenotomía	Aplica coaseguro de Cirugía ambulatoria, ver línea H de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Cubierto. Requiere autorización previa del plan. Sólo en Puerto Rico.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
PRUEBAS ESPECIALIZADAS	
Aplica coaseguro Ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Sonogramas	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tomografía computadorizada	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Pruebas de medicina nuclear	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Pet CT y Pet Scan	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato, requiere autorización previa del plan, excepto condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo enfermedad de Hodgkin's las cuales serán cubiertas hasta dos (2) por suscriptor por año contrato.
Imagen por Resonancia magnética (MRI)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Endoscopías gastrointestinales	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Electrocardiograma (EKG)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Electroencefalogramas	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Electromiogramas	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Ecocardiogramas	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Densitometría Osea	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Holter	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Estudios y procedimientos neurológicos	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
<i>Nerve conduction velocity study</i>	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) servicios por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Cateterismos	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
PTCA - Angioplastía coronaria transluminal percutánea	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Litotripcia	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Mielografía (Mielograma)	Aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
SERVICIOS DE MATERNIDAD	
Servicios prenatales y postnatales	
Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la suscriptora principal, el cónyuge y toda mujer que cualifique como dependiente directo, incluida en el contrato. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos de este Contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999 dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.	
Perfil biofísico	Aplica 40% coaseguro. Hasta un (1) servicio por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y para embarazos de alto riesgo no tiene límite. Requiere autorización previa del plan.
Producción e interpretación de monitoría fetal	Cubierto
Esterilización post parto	Cubierto al 100%, según los Servicios Prevetivos requeridos por PPACA.
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100%, según los Servicios Prevetivos requeridos por PPACA.
Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos ³	Aplica copago de hospitalización correspondiente.
Amniocentesis genética	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
Amniocentesis de maduración fetal	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
SERVICIOS PEDIÁTRICOS	
Visitas al pediatra	Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

³ Las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido. Conforme a la Ley 248 del año 1999.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico	Cubierto
Evaluación Médica Anual	Cubierto. Dicha evaluación incluirá una evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición realizadas por el pediatra.
Vacunas	Las vacunas se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Disease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico, incluyendo los "Catch ups" (vacunas retrasadas en el calendario del niño) y serán cubiertos al 100%.
Vacuna contra el Cáncer Cervical	Se recomienda que se comience a vacunar a varones y féminas de 11 a 26 años. En el caso de niños o niñas de 9 años con historial de abuso sexual o agresión y quienes no han iniciado o completado la serie de 3 dosis, se recomienda que se comience a administrar la vacuna. En el caso de varones y féminas que son víctimas de abuso o agresión sexual deben recibir la vacuna del VPH según las edades recomendadas, si aún no han sido vacunados. Cubierto al 100%.
Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (palivizumab)	Cubierto de acuerdo al protocolo (palivizumab) (Synagis) establecido por la Ley 165 de 30 de agosto de 2006 y aplica 20% de coaseguro.
Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto
Circuncisión y dilatación	Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS

\$0.00 de copago

Los servicios preventivos requeridos por la leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* están cubiertos al 100%.

A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto
Cernimiento sobre glucosa anormal en la sangre como parte de una evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años quienes están sobre peso u obesos.	Cubierto
Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas y por alcohol, en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.	Cubierto
Suplemento de aspirina para mujeres de 55 a 79 años de edad y para hombres de 45 a 79 años de edad cuando el beneficio potencial debido a una reducción de infarto del miocardio sobrepasa el daño potencial debido al incremento de una hemorragia gastrointestinal.	Cubierto
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante.	Cubierto
Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 45 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria.	Cubierto
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas.	Cubierto
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopía o colonoscopía en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.	Cubierto
Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para garantizar un diagnóstico preciso, o terapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.	Cubierto
Consejería conductual intensiva sobre patrones alimenticios para pacientes adultos con hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos para enfermedades crónicas cardiovasculares y relacionadas a la dieta.	Cubierto
Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse, a todas las mujeres embarazadas se cubrirá una primera prueba del VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo).	Cubierto
Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m ² o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.	Cubierto
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos en alto riesgo.	Cubierto
Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas.	Cubierto
Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.	Cubierto
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo.	Cubierto
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas.	Cubierto
Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la suscriptora amerita hacerse una prueba de BRCA.	Cubierto
Para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.	Cubierto
Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 75 años de edad.	Cubierto
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo.	Cubierto
Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos para una máquina de lactancia.	Cubierto
Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 y 65 años por medio de citología (Pap smear) cada tres (3) años o para mujeres entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.	Cubierto
Cernimiento para infección de clamidía en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo, estén o no embarazadas.	Cubierto
Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, la colocación, remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.	Cubierto
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.	Cubierto
Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres en alto riesgo.	Cubierto
Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección.	Cubierto
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.	Cubierto
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.	Cubierto
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis.	Cubierto
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres de 65 años o y en mujeres jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de una mujer de raza blanca de 65 años que no tiene factores de riesgo adicionales.	Cubierto
Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.	Cubierto
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.	Cubierto
Cernimiento de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses de edad.	Cubierto
Cernimiento de comportamiento para niños de	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
todas las edades.	
Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores.	Cubierto
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.	Cubierto
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.	Cubierto
Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.	Cubierto
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades.	Cubierto
Suplementos de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.	Cubierto
Cernimiento de audición para recién nacidos y niños.	Cubierto
Cernimiento a niños de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a suscriptores durante su embarazo.	Cubierto
Cernimiento 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.	Cubierto
Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños.	Cubierto
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia.	Cubierto
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.	Cubierto
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrhea.	Cubierto
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades.	Cubierto
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.	Cubierto
Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).	Cubierto
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.	Cubierto
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis.	Cubierto
Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía.	Cubierto
Consejería para niños, adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 10 a 24 años que tengan piel blanca sobre minimizar su exposición a radiación ultravioleta para reducir riesgo de cáncer en la piel.	Cubierto
Quimioprevención con flúor	Cubierto
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Varicella	Cubierto
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap), Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B.	Cubierto
Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.	Cubierto
Para adultos que están sobre peso u obesos y poseen factores de riesgo adicionales para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares se le ofrecerán intervenciones de consejería conductual intensiva para así promover una dieta saludable y la actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Para la prevención de caries dentales en infantes y niños hasta 5 años de edad, se recomienda la aplicación de barniz de fluoruro en los dientes primarios comenzando a la edad de la erupción del diente primario en prácticas de cuidado primario. Se recomienda a los médicos de cuidado primario prescribir suplementos de fluoruro oral comenzando a los 6 meses de edad en niños cuyo suplido de agua es deficiente de fluoruro.	Cubierto
Cernimiento para la detección del cáncer del pulmón. Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis para adultos entre los 55 a 80 años, con historial de fumar 30 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar dentro de los últimos 15 años. El cernimiento debe descontinuarse una vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.	Cubierto
Cernimiento para adultos para ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas. Para este beneficio se recomienda el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.	Cubierto
SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS	
\$0.00 de copago	
D0120 Examen oral periódico (dos (2) veces al año) intervalo de (6) meses.	Cubierto
D0140 Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año).	Cubierto
D0150 Examen oral inicial cada doce (12) meses.	Cubierto
D0210 Radiografía de serie completa, una cada tres (3) años por suscriptor.	Cubierto
D0220 Radiografía periapical inicial.	Cubierto
D0230 Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D0272 Radiografía de mordida, un set cada doce meses por suscriptor.	Cubierto
D0330 Radiografía panorámica (cada tres (3) años).	Cubierto
D0460 Prueba de Vitalidad Pulpar.	Cubierto
D1110 Profilaxis dental para adultos, una cada	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	
D1120 Profilaxis dental para niños menores de doce (12) años de edad, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D1208 Tratamiento de fluoruro sólo para menores de diecinueve (19) años de edad, uno cada seis (6) meses.	Cubierto
D1351 Aplicación de Sellantes de Fisura, limitado hasta los catorce (14) años inclusive, un (1) tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados.	Cubierto
D1510 Mantenedor de espacio unilateral para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por cuadrante por suscriptor por vida.	Cubierto
D1515 Mantenedor de espacio bilateral, para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por arco por suscriptor por vida.	Cubierto

SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO

(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL) \$0.00 DE COPAGO

Examen de refracción	Cubierto, Un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para menores de 21 años	Cubiertos. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Cubiertos. Para menores de 21 años, no aplica copago.
Tintes	Cubierto, marrón, gris o verde. Aplica \$10.00 de copago por cada tinte
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Cubierto
Low Vision: la pérdida significativa de la visión sin diagnóstico de ceguera total.	Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un (1) par por año contrato, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO	
(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL)	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato no aplica copago.
Espejuelos para adultos	Aplica \$15.00 de copago. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica \$15.00 de copago
Tintes	Aplica \$10.00 de copago por cada tinte, marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Aplica 50% de coaseguro
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Centros o Facilidades de Urgencia	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago, ver línea C1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Servicios de Emergencias fuera de Puerto Rico	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Servicios fuera de Puerto Rico, que requieran equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato., requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
<p>Servicios de sala de emergencia fuera de Puerto Rico</p> <p>Los gastos por servicios de sala de emergencia y/o hospitalización recibidos por el suscriptor o sus dependientes mientras se encuentren viajando fuera de Puerto Rico serán cubiertos hasta el 100% del cargo usual, acostumbrado y razonable del área geográfica donde se preste el servicio (sujeto al deducible en efectivo, coaseguros y copagos aplicables a esta cubierta), siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. excepto según se provee en el inciso (d) subsiguiente, los servicios deben estar cubiertos en la cubierta básica a la cual está acogido el suscriptor. b. que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendario. c. que la principal razón de viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje. d. en el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de un accidente de tránsito mientras el paciente o suscriptor se encuentra viajando fuera de Puerto Rico, en caso de existir un pagador primario, First Medical Health Plan, Inc. asumirá la responsabilidad, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización. 	

SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES

Hospitalización	Aplica copago, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Hospitalización parcial	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Psicólogos Clínicos	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Enfermeras especiales	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.
Visitas colaterales	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Tratamientos residenciales ambulatorios	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. Requiere previa autorización del plan.
Evaluación psicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la American Psychiatric Association. Requiere previa autorización del plan.
SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO	
Hospitalización	Aplica copago, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Hospitalización parcial	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.

BENEFICIOS	CUBIERTA BASICA
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Visitas Colaterales	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.
Tratamientos residenciales ambulatorios	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008. Requiere previa autorización del plan.
Evaluación psicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Detox	Cubierto sin límite por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas de acuerdo a la Ley 408 de 2000, según enmendada.
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100% de acuerdo a necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> .

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

1. Servicios que se presten mientras el contrato no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Tratamientos que resulten de la comisión de un delito o incumplimiento de las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Servicios de comodidad personal tales como teléfono, televisión, *admission kit*, cuidado supervisado, casa de descanso, hogar de convalecencia.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos y otros especificados en el contrato.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono.
8. Servicios que no son médicalemente necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *BlueCross and BlueShield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato, excepto que sean requeridas por alguna ley estatal o federal. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el suscriptor se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los "gastos médicos rutinarios del paciente", entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios de paciente", aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio médico se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

10. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastías, rinoseptoplastías (excepto cuando sea post trauma o por necesidad médica), blefaroplastias, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el bypass gástrico para la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico, tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstas exclusiones, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
11. Aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios necesarios para la implantación de los mismos.
12. Intervenciones quirúrgicas para restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear, tratamientos para la infertilidad o tratamiento para concepción por medios artificiales; se excluyen todos los gastos y complicaciones asociadas a éstos. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
13. Servicios de escalenotomía – división de músculo escaleno *anticus* sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
14. Trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea), excepto piel, hueso y córnea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapia y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
15. Servicios para tratamientos de acupuntura.
16. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural (excepto naturópata), música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
17. Analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
18. Servicios dentales excluidos: ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca.
19. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) mediante cualquier método para corregir la condición.
20. Escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente, servicios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
21. Inmunoterapia para alergia.
22. Servicios prestados por un aborto provocado.
23. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
24. Hospitalizaciones por servicios que puedan practicarse en forma ambulatoria.
25. Servicios por ambulancia marítima.
26. Servicios prestados por instalaciones para tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente si existe o no justificación médica para el tratamiento.
27. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel

en exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. **Requiere autorización previa del plan.**

28. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (*skin tags*), reparación de ptosis, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
29. Gastos por pruebas de laboratorios *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing*; pruebas de paternidad.
30. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. First Medical Health Plan, Inc. determinará las pruebas de laboratorio cubiertas bajo este contrato. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical Health Plan, Inc.
31. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el suscriptor resulte positivo en el mismo. Una vez el suscriptor termina en el programa patronal, cualquier otro servicio que necesite estará cubierto por el plan, aun cuando el servicio esté relacionado al mencionado programa.
32. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios y para la condición de autismo.
33. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
34. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
35. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
36. Tuboplastías y otras operaciones o tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
37. Tratamiento para la condición de fertilidad, inseminación artificial y fertilización “*in vitro*” y todo tipo de tratamiento para la condición de fertilidad. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
38. Cirugías o microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformidades), excepto para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción a los cuales se le cubrirán los servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estéticos de celulitis.
39. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
40. Cirugías para aumento del seno.
41. Cámara hiperbárica.
42. Maternidad delegada.
43. Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de beneficios en farmacias es parte de la cubierta básica del suscriptor y sus dependientes incluidos en el plan y su modelo de servicios es basado en un formulario de medicamentos.

La cubierta para medicamentos provee para el despacho de los medicamentos recetados cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando:

- (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación
- (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.

Se cubrirán además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

¿Qué es un formulario?

Un formulario es una guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de farmacia y terapéutica de First Medical, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo a los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos o formulario se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas y el medicamento recetado sea obtenido en una farmacia de la red de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc. le proveerá copia del formulario, el cual incluye información sobre los medicamentos sujeto a procedimiento de manejo. Durante el año pueden ocurrir cambios ya sean por: (a) motivos de seguridad, (b) que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado y/o (c) si se han incluido nuevos medicamentos de receta en el formulario y estarán disponibles en nuestra página web: www.firstmedicalpr.com. Estos cambios se les notificarán a todos los suscriptores no más tarde a la fecha de efectividad de los mismos.

¿Cómo utilizo el formulario?

El formulario incluye un índice en orden alfabético, para fácil referencia.

¿Hay algunas restricciones de mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Autorización Previa (PA): First Medical Health Plan, Inc. requiere que usted o su médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de First Medical Health Plan, Inc. antes de obtener sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que First Medical Health Plan, Inc. no cubra el medicamento. Usted tendría que pagar el costo completo del medicamento si decide comprarlo.

Límites de Cantidad (QL): Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.

Límite en edad (AL): Los medicamentos marcados en el formulario con AL, First Medical Health Plan, Inc. limita el uso de medicamento a ciertos grupos de edad.

Terapia Escalonada (ST): Terapia Escalonada significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. Los medicamentos marcados en el formulario con ST, First Medical Health Plan, Inc. exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otros medicamentos para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que First Medical Health Plan, Inc. no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, First Medical Health Plan, Inc. entonces cubrirá el Medicamento B.

DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

Cubriremos los medicamentos recetados que el suscriptor reciba mientras esté cubierto por este beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requisitos de autorización previa, si los hubiera. La tarjeta de identificación debe ser presentada en la farmacia participante de la red de First Medical Health Plan, Inc. cada vez que se presenta una receta o una repetición de receta.

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializados y/o medicamentos agudos y de mantenimiento que al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico.
2. Fármacos, medicinas o medicamentos incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo "Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act" los cuales la persona cubierta no pagará copago o coaseguro alguno por dichos medicamentos requeridos por las leyes federales aquí incluidos. Estos medicamentos son:
 - a. Ácido fólico en mujeres menores de 56 años de edad
 - b. Aspirina en mujeres de edad entre 55 y 79 años y hombres de edad entre 45 y 79 años
 - c. Suplementos de fluoro oral recetados en niños menores de 6 años
 - d. Suplementos de hierro recetados en niños menores de 1 año
 - e. Anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico,
 - f. Suplemento de ácido fólico para embarazadas,
 - g. Tamoxifen o raloxifene para las mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
 - h. Suplemento de Vitamina D para mayores de 65 años.
3. Insulina y suministros para la diabetes;
4. Agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados (las agujas y jeringuillas hipodérmicas usadas en conjunto con medicamentos cubiertos pueden estar disponibles para usted a ningún costo);
5. Vacuna RhoGhan, cubierta aplicándole el 20% de coaseguro y requiere autorización previa del plan.
6. Medicamentos de especialidad y auto-administrados aprobados por First Medical Health Plan, Inc.;
7. Fórmulas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias; y
8. Fármacos, medicinas o medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer, deben ser despachados sólo con la receta de un médico y dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. están cubiertos al 100%.
9. Aspirina
10. Buprenorfina, para el tratamiento de adicción a opiáceos.

11. Medicamentos inyectables auto-administrados y medicamentos de especialidad están limitados a un despacho de 30 días por parte de una farmacia al detal o farmacia especializada.

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

Cubierta sujeta a un deducible anual de:

DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS	
Individual	Familiar
Ver línea A de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato	Ver línea B de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato

COPAGOS Y COASEGUROS		
Medicamentos Genéricos	Nivel 1	Ver línea M de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos de Marca Preferida	Nivel 2	Ver línea N de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos de Marca No Preferida	Nivel 3	Ver línea O de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Especializados	Nivel 4	Ver línea P de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

BENEFICIO INICIAL	
Beneficio inicial en la cubierta de farmacia por persona cubierta	Ver línea Q de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Luego del beneficio inicial por persona cubierta aplica:	Ver línea Q1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

CANTIDAD DE DESPACHO	
Días de terapia para medicamentos de mantenimiento	30
Días de terapia para medicamentos agudos	15
Repeticiones para medicamentos de mantenimiento solamente no mayor de 180 días ⁴	5

⁴ Cuando el historial de la persona cubierta o suscriptor así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días.

Si usted solicita un medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, su pago es mayor. Usted es responsable del copago que aplique al medicamento genérico y el 100% de la diferencia entre la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento genérico. Si el médico que prescribe determina que el medicamento de marca es medicamente necesario, usted solo es responsable del copago que aplique al medicamento de marca.

Cuando se utiliza una Farmacia no-participante o cuando usted no presenta su tarjeta de identificación al momento de la compra en una farmacia contratada, usted debe pagar por la receta o la repetición al momento que esta es despachada. Usted debe completar el formulario para una reclamación por reembolso con nosotros. Usted también es responsable por el 100% de la diferencia entre la tarifa contratada y el costo de la venta del medicamento. Cualquier cantidad que usted pague por encima de la tarifa contratada y cualquier copago/coaseguros que usted pague a una farmacia no participante no aplican a la cantidad de desembolso máxima por medicamentos ni a cualquier cantidad de desembolso máximo, de haber alguna. El cargo que se reciba de la farmacia no-participante por una receta o una repetición puede ser mayor que la tarifa contratada con un proveedor participante.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

No se provee beneficio alguno por:

1. Medicamentos con un costo igual ó menor de \$8.00 no están cubiertos.
2. Medicamentos con leyenda federal que no han sido recomendados en una prescripción por un médico.
3. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que tenga en la etiqueta "Precaución: Limitado por Ley Federal para uso de investigación" o cualquier fármaco, medicina o medicamento experimental o para investigación, aun cuando se le cobre un cargo por éste.
4. Extractos de alérgenos.
5. Dispositivos o equipo terapéuticos, entre ellos:
 - a. Prendas de soporte;
 - b. Reactivos para pruebas;
 - c. Bombas mecánicas para la administración prolongada de medicamentos; y
 - d. Otras sustancias no médicas.
6. Suplementos dietéticos, excepto fórmulas o comidas modificadas bajas en proteínas, necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria o para ciertas enfermedades hereditarias de aminoácidos o ácidos orgánicos.
7. Productos nutricionales.
8. Minerales.
9. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso.
10. Cualquier medicamento con fines cosméticos, como por ejemplo:
 - a. Tretinoin, como Retin A, excepto si usted tiene menos de 45 años o ha sido diagnosticado con acné de adulto;
 - b. Productos dermatológicos o estimulantes para el crecimiento del cabello; o
 - c. Agentes para pigmentación y despigmentación. Por ejemplo, Solaquin.
11. Cualquier fármaco o medicamento que se puede adquirir legalmente sin receta, excepto insulina, ácido fólico, aspirina, hierro para niños menores de 1 año y los que sean requeridos por ley federal o estatal.
12. Cristales o polvo de progesterona, en cualquier forma de dosis compuesta.
13. Medicamentos para la inducción del aborto.
14. Medicamentos para la infertilidad
15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual. Por ejemplo, Viagra.
16. Medicamentos recetados que deben ser tomados o administrados por el suscriptor, totalmente o en parte, durante el tiempo en que sea paciente en una instalación que normalmente proporciona medicamentos a sus pacientes ingresados. Lugares para pacientes ingresados incluyen, entre otros:
 - a. Hospitales;
 - b. Hogares para convalecientes con servicio especializado de enfermería; o
 - c. Hospicios;

17. Los siguientes medicamentos inyectables:

- a. Agentes de inmunización, excepto las vacunas, las cuales están cubiertas bajo cubierta básica
- b. Sueros biológicos
- c. Sangre
- d. Plasma sanguíneo

18. Repeticiones de recetas:

- a. En exceso de la cantidad especificada por el médico; o
- b. Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.

19. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días, recibida por una farmacia al detal que no participe en nuestro programa de despacho a 90 días, la cual le permita al suscriptor recibir un suplido de medicamentos para 90 días en una receta o repetición.

20. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable auto-administrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.

21. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.

22. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.

23. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:

- a. Antes del inicio de la cubierta; o
- b. Despues de la fecha en que la cubierta ha terminado.

24. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.

25. Implantes para la administración prolongada de medicamentos.

26. Más de una receta o repetición de receta para el mismo medicamento o para un medicamento terapéutico equivalente, recetado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias, hasta que el suscriptor haya usado por lo menos el 75% de la receta (o repetición de receta) anterior.

27. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que ésta sea rechazada o cambiada a causa de reacciones adversas o cambios en la dosis o la receta.

Las limitaciones y exclusiones aplican aún si un médico ha realizado o recetado un procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta apropiados, desde un punto de vista médico. Esto no impide que su médico o farmacéutico realice o provea el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta; sin embargo, el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta no serán un gasto cubierto.

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Nombre del Plan		FIRST MEDICAL DIRECTO
		Pago Directo Oro 2017
Letra de identificación	ID del Plan	13590PR0010003
Deductible Anual (Beneficios Médicos)		
A	Individual	\$0
B	Familiar	\$0
Deductible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)		
A	Individual	\$50
B	Familiar	\$100
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	\$70
C1	Accidente/Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$50
Hospitalización		
D	Hospitalización	\$200
L	Hospitalización Parcial	\$100
Servicios Ambulatorios		
E	Médico Personal (Generalista, Internista, Médico de Familia, Pediatra y Ginecólogo/ Obstetra)	\$10
F	Especialista	\$15
G	Sub Especialista	\$20
F	Podiatra	\$15
F1	Nutricionista	Cubierto a través de reembolso, hasta \$20
F	Naturópatas	\$15
F	Quiropráctico	\$15
F	Psiquiatra	\$15
F	Psicólogo	\$15
F	Audiólogo	\$15
F2	Optómetra	\$10
H	Facilidad ambulatoria	35%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	35%
-	Procedimientos Endoscópicos	40%
J	Laboratorios	40%
-	Cuidado de Salud en el Hogar	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$200
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero		
S	Terapia Física	\$10
S	Terapia Respiratoria en Oficina	\$10

Nombre del Plan		FIRST MEDICAL DIRECTO Pago Directo Oro 2017
Letra de identificación		13590PR0010003
-	Cuidado de Salud en el Hogar	\$0
-	Equipo Médico Duradero	40%
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental		
D	Hospitalización Regular	\$200
L	Hospitalización Parcial	\$100
F	Terapia de Grupo	\$15
F	Visitas Colaterales	\$15
F	Evaluación Psicológica	\$15
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0
L	Tratamiento Residencial	\$100
R	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
Farmacia		
-	Medicamentos requeridos por ley federal (incluye anticonceptivos)	\$0
M	Nivel 1 (Genérico)	10% mínimo \$10
N	Nivel 2 (Marca Preferidos)	30% mínimo \$20
O	Nivel 3 (Marca No Preferidos)	40% mínimo \$25
P	Nivel 4 (Medicamentos Especializados)	40% mínimo \$50
Q	Beneficio inicial	\$1,000
Q1	Luego del beneficio inicial aplica	80%
Servicios de Laboratorios y Rayos X		
J	Laboratorio	40%
J	Rayos X	40%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas	40%
Terapias de Cáncer		
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (Hospitalización)	\$0
-	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

Nombre del Plan		FIRST MEDICAL DIRECTO Pago Directo Oro 2017
Letra de identificación	ID del Plan	13590PR0010003
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%
Servicios de Maternidad		
-	Servicios prenatales y postnatales	\$0
-	Perfil biofísico	40%
-	Esterilización post parto	\$0
-	Esterilización ambulatoria	\$0
D	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	\$200
-	Vacuna Rhogan	20%
Servicios de Visión Pediátrica		
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0
-	Low Vision	\$0
Otros Servicios Cubiertos		
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0
-	Pruebas diagnósticas en oftalmologías para adultos	50%
-	Servicios de Ambulancias	Cubierto a través de reembolso hasta \$80
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%
C	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.	Basado en las tarifas de First Medical Health Plan, Inc. para un servicio similar en Puerto Rico.
-	Criocirugía del cuello uterino	\$0
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida		
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	\$200

