

Gold

Cubierta Metálica: GOLD

Nombre del Plan:
BF2023 - GOLD 3

Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	\$0
-Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos	
-Individual	\$50
-Familiar	\$50 por miembro
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	\$50
Accidente dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$10
-Enfermedad	\$60
Enfermedad dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$10
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$75
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$150
-Asistencia Quirúrgica	\$0
Hospitalización Regular dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$0
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$10
-Especialista	\$12
-Sub-Especialista	\$15
-Siquiatría	\$12
-Sicólogo	\$12
-Podiatría	\$12
-Quiropráctico	\$12
-Audiólogo	\$12
-Óptometra	\$10
Centro de Cirugía Ambulatoria	40%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	40%
-Procedimientos Endoscópicos	30%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	\$10
-Terapia Respiratoria	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	10
-Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$12

-Visitas Colaterales	\$12
Farmacia	
Beneficio Máximo	\$1,500.00
Luego del beneficio máximo aplica	80%
-Generico Bioequivalente	\$10
-Marca Preferida	30% mínimo \$15
-Marca No Preferida	40% mínimo \$20
-Productos Especializados	40%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	NO CUBIERTO
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)	
-Generico Bioequivalente	N/A
-Marca Preferida	N/A
-Marca No Preferida	N/A
-Productos Especializados	N/A
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	40%
Laboratorio dentro de las facilidades de la red Metro Pavía Health System	10%
-Rayos X	40%
Rayos x dentro de las facilidades de la red Metro Pavía Health System	10%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	40%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año) dentro de las facilidades de la red Metro Pavía Health	10%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%
Servicios de Visión Pediátrica	
Examen de la vista (Refracción)	\$0
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos)	\$0
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Servicios de Emergencia en EU	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	

Nutricionista	\$12
Cubierta Dental	
-Diagnostico y Preventivo	\$0
-Mantenedores de Espacio	\$0