

Gold

	Cubierta Metálica: GOLD
	Nombre del Plan: BF2024 - GOLD
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
-Individual	\$0
-Familiar	\$0
<b>Deducible Anual para Medicamentos</b>	
-Individual	\$50
-Familiar	\$50 por miembro
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)</b>	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
-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
<b>Hospitalización</b>	
-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
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
-Generalista	\$10
-Especialista	\$12
-Sub-Especialista	\$15
-Siquiatría	\$12
-Sicólogo	\$12
-Podiatría	\$12
-Quiropráctico	\$12
-Audiólogo	\$12
-Óptica	\$10
Centro de Cirugía Ambulatoria	40%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	40%
-Procedimientos Endoscópicos	30%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
-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
<b>Salud Mental</b>	
-Terapia de Grupo	\$12
-Visitas Colaterales	\$12

<b>Farmacia</b>	
Beneficio Máximo	\$1,500.00
Luego del beneficio máximo aplica	80%
Generico Bioequivalente (Nivel 1)	\$10
Marca Preferida (Nivel 2)	30% mínimo \$15
Marca No Preferida (Nivel 3)	40% mínimo \$20
Productos Especializados (Nivel 4)	40%
Especializados Biosimilares (Nivel 4)	0%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	<b>NO CUBIERTO</b>
<b>Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)</b>	
-Generico Bioequivalente	N/A
-Marca Preferida	N/A
-Marca No Preferida	N/A
-Productos Especializados	N/A
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
-Laboratorio	40%
Laboratorio dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	10%
-Rayos X	40%
Rayos x dentro de las facilidades de la red Metro Pavia 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 Pavia Health	10%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Examen de la vista (Refracción)	\$0
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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	20% de coaseguro. Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	20% de coaseguro. Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150
<b>Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$12
<b>Cubierta Dental</b>	
-Diagnostico y Preventivo	\$0
-Mantenedores de Espacio	\$0