

Carrier Name: FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

ATTACHMENT 8

Rev. 02/2023

Silver

	Cubierta Metálica: SILVER
	Nombre del Plan: BF 2024 - SILVER
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	\$0
-Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos	
-Individual	\$0
-Familiar	\$0
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	\$70
Accidente dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$20
-Enfermedad	\$80
Enfermedad dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$20
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$125
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$250
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$250
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$250
-Asistencia Quirurgica	\$0
Hospitalización Regular dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System	\$0
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$10
-Especialista	\$20
-Sub-Especialista	\$20
-Siquiatria	\$20
-Sicólogo	\$20
-Podiatria	\$20
-Quiropráctico	\$20
-Audiologo	\$20
-Optómetra	\$10
Centro de Cirugia Ambulatoria	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica	50%
-Procedimientos Endoscopicos	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero	
-Terapia Fisica	\$12
-Terapia Respiratoria	\$12
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	\$12
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$20
-Visitas Colaterales	\$20

Farmacia	
Beneficio Máximo	\$1,500.00
Luego del beneficio máximo aplica	90%
Generico Bioequivalente (Nivel 1)	\$10
Marca Preferida (Nivel 2)	40% mínimo \$20
Marca No Preferida (Nivel 3)	50% mínimo \$30
Productos Especializados (Nivel 4)	40%
Especializados Biosimilares(Nivel 4)	0%
-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	50%
Laboratorio dentro de las facilidades de la red Metro Pavía Health System	10%
-Rayos X	50%
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)	50%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año) dentro de las facilidades de la red Metro Pavía Health System	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	20% de coaseguro. Basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde
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
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$250
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$20
Cubierta Dental	
-Diagnostico y Preventivo	\$0
-Mantenedores de Espacio	\$0