

FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Cubierta de Beneficios

**FIRST MEDICAL
ASOCIACIONES BONA FIDES
PARA GRUPOS PEQUEÑOS 2025**



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

NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS

En esta sección encontrará una descripción general sobre las opciones en productos y cubiertas:

FIRST MEDICAL ASOCIACIONES BONA FIDE PARA GRUPOS PEQUEÑOS	Cubierta Médico-Hospitalaria
Farmacia:	Cubierta de Farmacia
Salud Oral:	Cubierta Dental
Cubiertas Opcionales:	Cubiertas de Gastos Médicos Mayores Cubiertas Dentales

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

En conformidad con la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, First Medical Health Plan, Inc. emitirá la evidencia de cubierta para cada suscriptor. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille. Esta cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted LEA SU CUBIERTA CUIDADOSAMENTE y se familiarice con sus términos y condiciones.

Esta Cubierta podría requerir que usted como miembro de asociación suscrito contribuya al pago de las primas establecidas. La información relacionada a las primas y a cualquier porción de los costos de primas que el suscriptor tenga que pagar, en el caso de que él/ella deje de ser elegible a este plan, puede obtenerla solicitando la correspondiente orientación.

Es esencial que se MANTENGA EL PAGO DE SUS PRIMAS AL DÍA. Su cubierta podría ser cancelada por falta de pago. El costo de su plan puede ser contributivo y el pago de primas puede que sea compartido entre usted y su patrono miembro de la asociación. En cualquiera de los casos, ASEGÚRESE DE QUE SU PATRONO MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN HAGA LAS CORRESPONDIENTES ASIGNACIONES DE APORTACIÓN PATRONAL Y LOS DESCUENTOS DE NÓMINA QUE PUDIESEN APLICARLE A USTED, SEGÚN SEA EL PLAN QUE USTED ESCOJA. ESA ES UNA RESPONSABILIDAD PRIMORDIALMENTE SUYA COMO MIEMBRO DE ASOCIACIÓN SUSCRITO Y SUSCRITOR DEL PLAN. Recuerde, usted puede constatar esta información examinando sus talonarios de pago, mes tras mes. De igual forma, si usted estuviese en algún tipo de licencia, usted es igualmente responsable por velar que sus primas estén al día, incluyendo el pago de las aportaciones patronales que a usted le correspondan. Asegúrese de estos importantes detalles contactando la División de Nóminas de su patrono miembro de la asociación siempre que esto sea necesario. De esta forma usted disfrutará de la continuidad de su cubierta.

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 Tasi 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. En casos de emergencia, pandemia o desastre natural declarados como estado de emergencia por el Gobierno de Puerto Rico y/o Gobierno Federal, First Medical Health Plan Inc. cumplirá con cualquier ley, regulación y/o carta normativa federal o estatal aplicable, que flexibilice algún beneficio cubierto bajo el presente contrato.

Esta cubierta médica dispone, según establece la Ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020, que todo cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento para la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente, COVID-19, incluyendo hospitalización, será libre de costo y de pre-autorización o referido al paciente para los suscriptores de FMHP, Inc., siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.

Además, según requiere la Ley Núm. 109-2022, esta cubierta incluirá servicios, pruebas, medicamentos y procedimientos medicamente necesarios para la población con albinismo, sin que se entienda como una limitación, los siguientes:

- a. Los servicios, pruebas y procedimientos medicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico;
- b. En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo;
- c. Medicamentos prescritos por: oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población;
- d. Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión;
- e. Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas. Estas lociones o cremas tienen que ofrecer al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más y proteger contra rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB); y
- f. Cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente el incluir por esta ley.

Además, se cubre el costo de la prueba genética de HPS tipo 1, a pacientes recién nacido visiblemente con albinismo.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
CUBIERTA DE HOSPITAL	
Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Habitación semiprivada	Cubierto 365 días, los suscriptores 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

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	habitación privada sea médicamente 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.
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 y la reproducción de los mismos	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
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

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
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 sea necesario por motivo de un accidente NO cubierto bajo Legislación Estatal (ACAA, Fondo de Seguro del Estado) o Federal (Administración de Veteranos). Debe realizarse dentro del periodo de tiempo de vigencia de la cubierta de beneficios. Requiere previa autorización del plan y no aplica para condiciones cosméticas.
Litotricia	Cubierto. Requiere autorización previa del plan.
Pruebas cardiovascular invasivas	Cubierto
Pruebas cardiovasculares no invasivas	Cubierto
Cirugía de acné	Cubierto, sólo cuando sea médicamente necesario.
Trasplante de piel, hueso y córnea	Cubierto, los gastos completos de cirugía incluyendo la transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, postcirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores.
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019.
Cirugía bariátrica por hospitalización	Cubre sólo el <i>bypass</i> gástrico, banda ajustable o la cirugía de banda gástrica 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 BÁSICA
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 según cubierta seleccionada, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Los servicios post hospitalarios se ofrecen hasta un máximo 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)	
Aplica copago, ver línea D2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. 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, sujeto a previa autorización del plan.	
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.
Servicios Habilitativos (Habilitation Services)	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

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	quiropático. Requiere autorización previa del plan.
Visita en el hogar	Una visita por un miembro de la organización certificada para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar se considerará cada uno como una visita en el hogar.
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea S, S1, S2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 40 terapias combinadas.
Terapia física, ocupacional y del habla bajo condición de autismo	Cubierto al 100%.

SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Todo paciente con la condición de Síndrome de Down desde nacimiento suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018.

Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad.

Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda.

Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son:

- Pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición,
- Visitas Médicas,
- Servicios terapéuticos con enfoque remediador para vida independiente,
- O viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.

Los servicios terapéuticos con enfoque remediador deberán incluir, pero no se limitarán a, terapias físicas, terapias del habla, terapias ocupacionales y cualquier otra terapia necesaria recomendada por un profesional de la salud autorizado a ejercer tal profesión en Puerto Rico o los Estados Unidos, en las cantidades y frecuencia prescrita por el profesional o especialista.

En conformidad con la Ley Núm. 13-2022, ningún asegurador, proveedor de beneficios, administrador de beneficios, persona o institución podrá denegar o rehusar proveer otros servicios cubiertos por razón de los efectos que pueda tener la inclusión de la cubierta por el padecimiento de Síndrome de Down. Tampoco podrá rehusarse a renovar, a remitir o restringir o cancelar la cubierta opcional adicional de Síndrome de Down por razón de que la persona o sus dependientes sean diagnosticados de igual forma o utilice los beneficios provistos por esta Ley. Se prohíbe cancelar una póliza de salud existente por la razón de que uno de los beneficiarios fue diagnosticado con Síndrome de Down y al momento de obtener la póliza se desconocía de su condición.

SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
<i>Requiere autorización previa del plan.</i>	
En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como “La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer”, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado 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. Conforme la Ley Núm. 165-2024 que enmendó la Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer, según esté pactado o esté dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, se dispone lo siguiente: “Las aseguradoras no podrán rechazar o denegar ningún tratamiento que esté pactado o que esté dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines y esté basado en el National Comprehensive Cancer Network Guidelines o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas. Médicos, organizaciones de servicios de salud, aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. El diagnóstico y tratamiento recomendado y establecido por el profesional médico será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. El criterio profesional médico no podrá ser alterado sin el aval del médico o del paciente, según sea el caso. No obstante, este inciso deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y bienestar emocional del asegurado, no podrá dejarse al descubierto por parte de dichas aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados, organizaciones de servicios de salud y proveedores de planes de cuidado de salud” Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y son mamografías, 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. En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad. En cumplimiento con la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, mejor conocida como, “Ley Gabriela Nicole Correa Santiago”, First Medical garantiza la cubierta de tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer, según las guías establecidas por la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guideliness”) y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
presente Ley. También se utilizará el “Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC”, “Medicare Approved Compendia List”, “National Coverage Determinations Alphabetical Index”, “Milliman Care Guidelines” y las Guías internas de ASES. Además, según dispone la ley, FMHP remitirá su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guideliness”) o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) , dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Disponiéndose que, del plan médico, individual o grupal, no emitir su determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos, tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobadas por el mismo. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de cuidado de la salud, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como mandatorios y uniformes, no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley. FMHP permitirá que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación. En conformidad con lo expuesto anteriormente, FMHP reitera que todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones por parte de las aseguradoras, de que el paciente reciba un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con las cubierta y protocolos diseñados al amparo de los Artículos 5 y 9 de esta Ley.	

SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA DE OPERACIONES PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

<i>Requiere autorización previa del plan.</i>
Los servicios de anestesia general y uso de sala de operaciones 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. Los mismos serán ofrecidos por un dentista pediátrico, cirujano oral o un maxilofacial que sea miembro de la facultad medica hospitalaria y 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. Esta cubierta dependerá de los siguientes indicadores: 1. cuando por razón de edad, impedimento o discapacidad física o mental, 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 sea inefectiva o esté contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
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 dentales 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.	
La preautorización para este servicio se aprobará o denegará dentro de dos (2) días contados 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. Este beneficio está cubierto siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. sea el primario de la cubierta dental.	

SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS

Visitas médicas al Generalista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Especialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Subespecialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea G de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Ginecólogo / Obstetra (Especialista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea F 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. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
Cirugía en Oficina	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea I de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea H de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Examen físico rutinario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego del copago de visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.
Exámenes pélvicos y citología vaginal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
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 según cubierta seleccionada, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	(20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. Requiere autorización previa del plan.
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 según cubierta seleccionada, 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.
Servicios de habilitación	Aplica copago según cubierta seleccionada, 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 según cubierta seleccionada, ver línea S1 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 y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220, del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63, del 19 de julio de 2019. Le aplica copago según servicio recibido, excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Biopsia del seno	Aplica \$50.00 de copago

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Vasectomía	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea I de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Inyecciones antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Radioterapia; cobalto: quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal.	Aplica 20% de coaseguro.
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 (Generalista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Criocirugía del cuello uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, uno (1) por suscriptor por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Ambulancia aérea en Puerto Rico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y previa autorización del plan. Sólo aplica en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra. El servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
Ambulancia terrestre en Puerto Rico.	El servicio cubierto será ofrecido hacia o desde un hospital local, facilidad alterna o traslado entre instituciones hospitalarias, a través de reembolso, hasta \$80.00 por viaje. En caso de que el servicio sea solicitado por motivo de una emergencia médica a través del Sistema de Emergencias 9-1-1, First Medical Health Plan, Inc. pagará directamente al proveedor de ambulancia el 100 % del costo del transporte, en conformidad con la Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019. El servicio deberá ser provisto en ambulancias autorizadas por la Comisión de Servicios Público. El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base las tarifas establecidas mediante Reglamento por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos, adscrito a la Junta Reglamentadora de Servicio Público de Puerto Rico.
Pruebas Diagnósticas Especializadas/Estudios desórdenes de sueño (Polisomnografía)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Uno (1) de cada tipo, por suscriptor por vida. Requiere autorización previa del plan.
Yeso blanco aplicado en la oficina de los médicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Nutricionista	Aplica copago, ver línea F 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 médicamente necesarias y estén asociadas al tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Equipo Médico Duradero, Bomba de Infusión de Insulina, Suplidos para Bomba de Infusión de Insulina y Equipo para medir la azúcar (Glucómetro)	Aplica 40% de coaseguro hasta un máximo de \$5,000; luego del beneficio máximo aplica un 60% de coaseguro. Será cubierto el alquiler o compra de equipo dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. tales como: oxígeno y del equipo necesario para su administración, sillas de ruedas y camas de hospitales o posiciones, sujeto a que: 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. En conformidad con la Ley 177 del 13 de agosto de 2016 y la Ley 19 del 12 de enero de 2020 el equipo para medir la azúcar (Glucómetro) está cubierto uno cada tres años por persona cubierta, (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, 150 tirillas y 150 lancetas por mes, sensores de monitoreo de azúcar, y la Bomba de Infusión de Insulina y suplidos para la misma. Esto, para todo suscriptor diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo 1 y según las especificaciones del endocrinólogo. El alquiler o compra de equipo médico duradero lo hará First Medical Health Plan, Inc., sujeto a la

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan.
Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida.	Aplica un 40% de coaseguro. First Medical incluirá, como parte de su cubierta, si media justificación médica según los criterios establecidos en los protocolos creados por el Departamento de Salud y según el plan de cuidado en el hogar, a personas menores de veintiún (21) años de edad, postradas en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y a las personas que requieran un ventilador para mantenerse con vida, un mínimo de un turno diario de ocho (8) horas de personal de enfermería; o de técnicos(as) de emergencias médicas- paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados Además, los(as) técnicos(as) de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEM-P) debidamente licenciados(as) deberán tener cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos. Requiere aprobación 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 Optómetras	Aplica copago correspondiente, ver línea F2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Audiólogos	Aplica copago según especialistas, 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.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías	Aplica coaseguro de Facilidad 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 Facilidad 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.	Aplica 20% de coaseguro. 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. Sólo en Puerto Rico.
Pruebas de Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual para todos los suscriptores, según la Ley 218 del 30 de agosto de 2012.	Cubierto al 100%
Cernimiento de cáncer ginecológico, de mama y próstata	Cubierto como servicio preventivo. En conformidad con la Ley Núm. 10 del 3 de enero de 2020, conocida como la Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno, se proveerá cubierta de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: a. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad; b. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más; c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS, por sus siglas en inglés),

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American College of Radiology”); d. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.
Ciberterapia	Cubierto cuando la misma sea provista por un profesional licenciado en fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación o terapia educativa y certificado en ciberterapia, según dispone la Ley Núm. 48 de 29 de abril de 2020 mejor conocida como la Ley para Regular la Ciberterapia en Puerto Rico. Aplica copago establecido para cada especialidad, según Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles al final de este contrato.
Pruebas de COVID -19 a través de laboratorios	First Medical cubrirá las pruebas para detectar el COVID- 19 para sus suscriptores, en cumplimiento con la regulación Federal y Estatal, siempre y cuando se ordene conforme al criterio médico. Esto quiere decir que, la orden médica debe emitirse solo cuando el paciente presente síntomas relacionados al COVID-19. Estarán excluidas aquellas pruebas que se requieran por personas asintomáticas, por exposición conocida o sospechada, para actividades sociales, para viajes de cualquier índole, las requeridas por las instituciones educativas y las requeridas por patronos como requisitos de empleo.
Influenza	Según dispuesto en la Orden Administrativa Núm. 554 del Departamento de Salud, esta cubierta provee tratamientos y medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), que sean necesarios para tratar la Influenza, sin distinción de los tipos de virus Influenza para los cuales el médico ordene el tratamiento o medicamento. Además, se provee cubierta para las pruebas diagnósticas aprobadas por la FDA

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	necesarias para atender los pacientes que presenten síntomas consistentes con la Influenza, sin distinción de los tipos de virus Influenza para los cuales el médico ordene la prueba o los tipos de pruebas disponibles para detectar los virus de la Influenza.
Cannabis Medicinal	El beneficio contemplado en esta cubierta se paga a través de reembolso, para todo suscriptor que sea mayor de 21 años y esté activo en el plan al momento de recibir los servicios. First Medical reembolsará al suscriptor el gasto incurrido por este en medicamentos de cannabis medicinal. Los medicamentos de cannabis medicinal cubiertos serán todo compuesto, producto, derivado, mezcla o preparación de todas las partes de la planta Cannabis Sativa y Cannabis Indica y cualquier híbrido de éstas, de sus semillas, de su flor o de su resina, según definido en este contrato. La cantidad máxima para este beneficio es de hasta trescientos cincuenta dólares (\$350) por año contrato. El reembolso solo estará disponible para aquellas compras realizadas en la red de dispensarios de First Medical Cannabis, ver Directorio de Proveedores. El Médico que emita la recomendación debe ser un Médico debidamente registrado para la recomendación de Cannabis Medicinal en Puerto Rico y el suscriptor debe estar autorizado a recibir el tratamiento. Para efectos de este contrato, se excluye de este beneficio los tallos maduros y las fibras obtenidas de dichos tallos. Tampoco incluye el cáñamo industrial, ni aquellos productos derivados del compuesto de cannabis o CBD (Cannabidiol) y/o semillas de cáñamo (Hemp). Para el proceso de reembolso favor de referirse a la sección Reembolso de gastos Cubiertos por Cannabis Medicinal de este contrato.”
PRUEBAS ESPECIALIZADAS	
Aplica coaseguro Ver línea K (Pruebas Diagnósticas Especializadas/ Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System) 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,	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
aplica copago, ver línea K1 (Procedimientos Endoscópicos) de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Sonogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tomografía computadorizada (CT Scan)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Endoscopías gastrointestinales	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Electrocardiograma (EKG)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Electroencefalogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Electromiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) por suscriptor por año contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Ecocardiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 Ósea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Holter	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Estudios y procedimientos neurológicos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Litotricia	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Cateterismos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
PTCA - Angioplastia coronaria transluminal percutánea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea K1 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 según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere autorización previa del plan.
Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea K 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 según cubierta seleccionada, ver línea K1 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

El cuidado 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% de 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.
Esterilización post parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización correspondiente. 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.
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.
Producción e interpretación de monitoría fetal	Cubierto
SERVICIOS PEDIÁTRICOS	
Visitas al pediatra	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea E de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
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 con 20% de coaseguro.
Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto al 100% conforme a lo establecido en la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.
Circuncisión y dilatación	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Vacuna contra el COVID – 19	Cubierto al 100%, como inmunización preventiva para adolescentes mayores de 16 años de edad y adultos, según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.

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 seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
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	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
prematuramente, uno (1) por arco por suscriptor por vida.	
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	Cubierto \$0.00 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 \$0.00 de copago para menores de 21 años.
Tintes	Cubierto, marrón, gris o verde. Aplica \$10.00 de copago por cada tinte
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Cubierto \$0.00 de copago.
Low Vision: la pérdida significativa de la visión sin diagnóstico de ceguera total.	Cubierto \$0.00 de copago. 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.
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 (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. Tintes marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Aplica 50% de coaseguro.
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Emergencia / Urgencia	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, cubiertos dentro y fuera de la red de proveedores.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X	Aplica copago según cubierta seleccionada, para casos de accidentes ver línea C y para casos de enfermedad ver línea C2 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 según cubierta seleccionada, para casos de accidente ver línea C1 y para casos de enfermedad ver línea C3 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (ESTADOS UNIDOS Y SUS TERRITORIOS)	
Servicios de Emergencias fuera de Puerto Rico	Aplica 20% de coaseguro. Serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.
Servicios fuera de Puerto Rico, que requieran equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Aplica 20% de coaseguro. Serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.
Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la previa autorización de First Medical Health Plan, Inc., antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica, no se requiere previa autorización. Servicios de sala de emergencia fuera de Puerto Rico: 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, en Estados Unidos y sus territorios serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, siempre que se cumplan con los siguientes requisitos: - 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. - que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendario. - 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. - 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, First Medical Health Plan, Inc. recobrará conforme a la cláusula de subrogación en el caso que exista un seguro que sea pagador primario, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización. e. Se cubrirán los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que hayan sido prestados en los Estados Unidos de América únicamente en casos de emergencia médica y hospitalización como consecuencia de una emergencia médica y serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	
Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la previa autorización de First Medical Health Plan, Inc., antes de la prestación de los mismos. Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio. En casos de emergencia médica, no se requiere previa autorización.	
SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES	
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	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea L de la tabla de copagos.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Psicólogos Clínicos	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos.
Visitas colaterales	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. . Requiere previa autorización del plan.
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.
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
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	
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	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea D de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea L de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan.
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100% de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la <i>American Psychiatric Association</i> .
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
Déttox	Cubierto, aplica copago de hospitalización, sin límite por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas de acuerdo a la Ley 408 de 2000, según enmendada.

SERVICIOS PREVENTIVOS
\$0.00 de copago dentro y fuera de la Red.

Los servicios preventivos requeridos por las 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 con 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.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA)	Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.
Trastornos de Ansiedad en Adultos: Detección	El USPSTF recomienda la detección de trastornos de ansiedad en adultos de 64 años o menos, incluyendo las personas embarazadas y posparto.
Cáncer colorrectal	El USPSTF recomienda exámenes de detección para cáncer colorrectal (CRC) usando análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, en adultos, comenzando a la edad (45) años y continuando hasta la edad (75) años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de detección varían. Además, USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es una prueba de detección y por lo tanto los pacientes no tendrán ningún costo de bolsillo.
Depresión y Riesgo de Suicidio en Adultos: Detección	El USPSTF recomienda la detección de la depresión en la población adulta, incluidas las personas embarazadas y posparto, así como los adultos mayores de 65 años o más.
	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo

Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección.
Detección de Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adolescentes y Adultos	El USPSTF recomienda detección de infección causada por el virus de Hepatitis C en adultos de 18 años hasta 79 años
Detección de hipertensión en adultos mayores de 18 años sin hipertensión conocida	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Prevención de la Adquisición del VIH: Profilaxis Pre-exposición para adolescentes y adultos.	El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición mediante una terapia antirretroviral eficaz a las personas con mayor riesgo de contraer el VIH para reducir el riesgo de contraer el virus. Véase la sección de consideraciones prácticas para obtener más información sobre la identificación de las personas con mayor riesgo y sobre el tratamiento antirretroviral eficaz.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las personas embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Inmunización (Vacunas)	Las dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes zoster, Virus del papiloma humano, Influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumocócico, tétanos, difteria, Tos ferina, varicela, haemophilus influenza tipo b. Deben cubrirse los casos de recuperación. La vacuna contra el COVID-19 como parte de las vacunas preventivas para personas mayores de 19 años adultos, según el orden establecido

	por el Departamento de Salud de Puerto Rico y la recomendaciones del Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de la Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el artículo 2.050 (C) del El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna Mpox recomendada para cualquier persona en riesgo de infección por Mpox. Vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VSR) recomendada para la administración estacional durante el embarazo y adultos mayores de 60 años. Ver recomendaciones de los CDC.
Tuberculosis	Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis (LDCT) para adultos entre los 50 a 80 años, con historial de fumar 20 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar en de los últimos 15 años. El cernimiento debe discontinuarse 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.
Obesidad – Consejería y Detección en Adultos	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.
Detección de Pre-Diabetes y Diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o derivar a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.

Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	El USPSTF recomienda que los médicos receten el medicamento Statin para la prevención primaria de la ECV en adultos de 40 a 75 años que presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de un 10% o mayor.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes asintomáticos, no embarazados	USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas asintomáticas, adolescentes no embarazadas y adultos que tienen un mayor riesgo de infección.
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazados	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la FDA aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. 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.
Detección: Infección de Tuberculosis Latente	El USPSTF recomienda detección en adultos asintomáticos con mayor riesgo de infección tuberculosa latente (LTBI por sus siglas en inglés).
Uso poco saludable de alcohol - adultos	El USPSTF recomienda el cernimiento sobre el consumo de alcohol no saludable en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas embarazadas, proveyéndoles a las personas involucradas en el consumo de alto riesgo y peligroso, breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.

Detección de uso de drogas no saludables	El USPSTF recomienda Cernimiento para detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (La detección se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).
Cernimiento de Hepatitis A, B y C; cernimiento para adultos.	Cernimiento de Hepatitis A, B y C una vez al año y secuencia de pruebas en caso de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica. Para personas con condiciones o exposiciones reconocidas, se cubrirán de acuerdo con la frecuencia dispuesta en las recomendaciones vigentes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y según dispuesto por la ley núm. 67 del 12 de junio de 2023.-.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS	
Bacteriuria	Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a personas embarazadas.
Cáncer relacionado a BRCA: Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	La USPSTF recomienda consejería y cernimiento a las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tengan una ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer de mama 1 y 2 (BRCA1 / 2) con una breve descripción familiar adecuada. Las mujeres con un resultado positivo en las pruebas deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas.
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres de 35 años o más 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.

Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.
Lactancia	Servicios integrales de apoyo a la lactancia (incluidas consultas, asesoramiento, educación por parte de médicos y servicios de apoyo entre pares, y equipos y suministros para la lactancia) durante los períodos prenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y mantenimiento exitosos de la lactancia materna. Los equipos y suministros para amamantar incluyen, entre otros, extractores de leche eléctricos dobles (incluidas las piezas y el mantenimiento de la bomba) y suministros para almacenar leche materna. El acceso a extractores eléctricos dobles debe ser una prioridad para optimizar la lactancia y no debe basarse en el fracaso previo de un extractor manual. El equipo de lactancia también puede incluir equipos y suministros según lo indicado clínicamente para apoyar a las parejas con dificultades para amamantar y a aquellas que necesitan servicios adicionales. No se aplican límites monetarios.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (<i>cotesting</i>).
Detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.
Anticonceptivos	Todos los métodos anticonceptivos aprobados, concedidos o autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización, exámenes, educación del

	paciente, asesoramiento y suministro de anticonceptivos (incluso en el período inmediatamente posterior al parto) para todas las mujeres con capacidad reproductiva según lo prescrito. La atención de los anticonceptivos también incluye el seguimiento. La gama completa de anticonceptivos incluye los que actualmente figuran en la guía de control de natalidad de la FDA y cualquier otro anticonceptivo aprobado, concedido o autorizado por la FDA. Se incluye toda inserción y extracción de dispositivos anticonceptivos..
Consejería para un Peso Saludable y Aumento de Peso en el Embarazo: Personas Embarazadas	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan a las personas embarazadas intervenciones de asesoramiento conductual eficaces destinadas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento de peso gestacional excesivo durante el embarazo.
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería.
Suplementos de ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural	El USPSTF recomienda que todas las personas que planean o que podrían quedar embarazadas tomen un suplemento diario que contenga 0.4 a 0.8 mg (400 a 800 mcg) de ácido fólico.
BENEFICIOS	CUBIERTA
Diabetes Gestacional	La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer (WPSI) recomienda la detección de la diabetes mellitus gestacional (GDM) después de 24 semanas de gestación (preferiblemente entre 24 y 28 semanas de gestación) para prevenir los resultados adversos del parto. El WPSI recomienda realizar pruebas de detección a las mujeres embarazadas con factores de riesgo de diabetes tipo 2 o GDM antes de las 24 semanas de gestación, lo ideal es en la primera visita prenatal.
Detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres de 25 años o más que tienen un mayor riesgo de infección.

Detección de Hepatitis B	Detección de Hepatitis B en mujeres embarazadas en la primera visita prenatal.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas embarazadas	Los médicos deben examinar a toda persona para detectar el VIH, incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda persona embarazada se cubrirá una primera prueba de 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 34 semanas de embarazo.
Cernimiento y detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se someten a una prueba de detección del VIH al menos una vez durante su vida. Las pruebas de detección más tempranas o adicionales deben basarse en el riesgo, y una nueva prueba de detección anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad	Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m ²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.

Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis
Depresión perinatal: asesoramiento e intervención	El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.
Prevención de la preeclampsia: aspirina en embarazadas con alto riesgo de preeclampsia	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.
Detección de Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo en Personas Asintomáticas	El USPSTF recomienda la detección de trastornos hipertensivos en personas embarazadas con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.
Incompatibilidad con el factor Rh(D)	Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las personas 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.
Detección de Ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el periodo posparto. Los intervalos óptimos de detección no son conocidos, por lo que se debe usar el juicio clínico para determinar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar evaluar a las mujeres que no han sido examinadas recientemente.

Detección de Diabetes después del embarazo.	La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer (WPSI) recomienda la detección de la diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (GDM) que no están embarazadas y que no han sido previamente diagnosticadas con diabetes tipo 2. Las pruebas iniciales deben ocurrir idealmente dentro del primer año posparto y se pueden realizar tan pronto como 4-6 semanas posparto. Las mujeres que no fueron examinadas en el primer año posparto o aquellas con un resultado inicial negativo de la prueba de detección posparto deben ser examinadas al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellos con un resultado positivo de la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes independientemente del tipo de prueba inicial (por ejemplo, glucosa en plasma en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia a la glucosa oral). Las pruebas de repetición también se indican para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses después del parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses después del parto.
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda persona embarazada.
Cernimiento para Incontinencia Urinaria en mujeres	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de incontinencia urinaria en las mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección.
	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda persona embarazada sobre uso de tabaco,

Dejar de Fumar Tabaco – Personas Embarazadas	que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda persona embarazada para el cesar de consumir tabaco.
Well Woman Visits	Visita de atención preventiva de la mujer sana anualmente (según el estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para que las mujeres adultas obtengan los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para la edad y el desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para la atención prenatal y entre embarazos visitas Esta visita de mujer sana debe, cuando corresponda, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que un paciente requiere visitas adicionales de mujer sana, las visitas adicionales deben proporcionarse sin costo compartido. La gama completa de anticonceptivos incluye los que actualmente figuran en la Guía de control de la natalidad de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): los anticonceptivos aprobados, otorgados o aprobados, las prácticas efectivas de planificación familiar y los procedimientos de esterilización estarán disponibles como parte de la atención anticonceptiva.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS	
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.
Ansiedad en Niños y Adolescentes: Cernimiento e Niños y Adolescentes desde los 8 años hasta los 18 años de edad	Es recomendadp por el USPSTF la detección de ansiedad en niños y adolescentes desde la edad de 8 años hasta los 18 años de edad.
Cernimiento del Trastorno del Autismo	Cernimiento de autismo para niños de 18 a 24 meses.
Evaluación conductual/social/emocional	La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación anual de recién nacidos hasta los 21 años de edad.
Concentración de Bilirrubina	Cernimiento en recién nacidos
BENEFICIOS	CUBIERTA

Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años
Análisis de Sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
Depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes: Exámenes de detección	La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la USPSTF recomiendan la detección del trastorno depresivo mayor (MDD) en adolescentes de 12 a 21 años.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento, una vez, entre 9 y 11 años de edad, y otro entre 17 y 21 años y para todos los niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea).
Audición	Cernimiento de detección de pérdida de audición en recién nacidos y entre las edades de 11 y 14 años, de 15 a 17 años y de 18 a 21 años.
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.
Examen de Hematocrito o Hemoglobina	Cernimiento a todos los niños.
Cernimiento de hemoglobinopatía: recién nacidos	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes (Sickle Cell) para recién nacidos.
Detección de Virus de Hepatitis B	El USPSTF y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en recién nacidos a través de adultos jóvenes (21 años de edad) con mayor riesgo de infección.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas para niños desde el nacimiento hasta la edad (18), dosis, edades recomendadas y Las poblaciones varían: difteria, tétanos, tos ferina, hemophilus influenza tipo b, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del papiloma humano, Poliovirus inactivado, Influenza

	(vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumocócico, rotavirus, varicela. Debe cubrirse el punto de recuperación. Vacunación contra el VPH a partir de los (9) años para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no han iniciado o completado la serie de (3) dosis (ACPI recomendación). La vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para lactantes y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el artículo 2.050 (C) del Código de Seguros Médicos de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas del dengue y tienen confirmación de laboratorio de infección previa - serie de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Vacunación de Mpox en adolescentes de 18 años de edad basada en factores de riesgo sexual para la infección por Mpox. Vacunación contra el virus sincitial respiratorio para jóvenes embarazadas de 11 a 12 años y 18 años. Una dosis de vacuna materna contra el VSR durante las semanas 32 a 36 del embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VSR recomendada durante el embarazo. Inmunización contra el virus respiratorio sincitial recomendada 1 dosis de nirsevimab para todos. Niños de 8 meses o menos nacidos durante la primera temporada de VSR o que están entrando en ella. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un
--	--

	mayor riesgo de contraer la enfermedad grave del VSR y están entrando en su segunda temporada de VSR.
Plomo	Cernimiento para niños de todas las edades en riesgo de exposición de plomo
Depresión Materna	Cernimiento en madres de infantes de 1, 2, 4 y 6 meses de edad.
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.
Obesidad en Niños y Adolescentes	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.
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados. Además, según Dispuesto por el artículo 12 de la ley 139 del 2016, se incluye, como parte de esta cubierta, el "Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. En adición, se brinda cubierta para atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo.
Prevención de la caries dental en niños menores de 5 años Exámenes de detección e intervenciones: niños menores de 5 años	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria receten suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en flúor. Además, la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda Si la fuente de agua primaria es deficiente en fluoruro, considere la suplementación con fluoruro oral.

	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de erupción dental primaria. Una vez que los dientes están presentes, aplique barniz de fluoruro a todos los niños cada 3 a 6 meses en la atención primaria o en el consultorio dental según el riesgo de caries.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Paro cardíaco repentino y muerte cardíaca súbita	La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda evaluar el riesgo de paro cardíaco súbito y muerte súbita se ha añadido a ocurrir de 11 a 21 años (para tener en cuenta el rango en el que la evaluación del riesgo puede tener lugar) para ser coherente con la política de la AAP ("Muerte súbita en los jóvenes: información para el proveedor de atención primaria"). Realizar una evaluación de riesgos, según corresponda
Uso de tabaco en niños y adolescentes	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.
Tuberculosis	Pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 21 años.
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.
SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS	
\$0.00 de copago	
D0120 Examen oral periódico (2) por año póliza por miembro (cada (6) meses);	Cubierto al 100%

radiografías periapicales y de mordida (1) set cada 3 años.	
D0140 Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año).	Cubierto al 100%
BENEFICIOS	CUBIERTA
D0150 Examen oral inicial cada doce (12) meses.	Cubierto al 100%
D0210 Radiografía de serie completa, una cada tres (3) años por suscriptor.	Cubierto al 100%
D0220 Radiografía periapical inicial.	Cubierto al 100%
D0230 Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por suscriptor por año contrato.	Cubierto al 100%
D0272 Radiografía de mordida, un set cada doce meses por suscriptor.	Cubierto al 100%
D0330 Radiografía panorámica (cada tres (3) años).	Cubierto al 100%
D0460 Prueba de Vitalidad Pulpar.	Cubierto al 100%
D1110 Profilaxis dental para adultos, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto al 100%
D1120 Profilaxis dental para niños menores de doce (12) años de edad, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto al 100%
D1208 Tratamiento de solo para menores de diecinueve (19) años de edad, uno cada seis (6) meses.	Cubierto al 100%
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 al 100%
D1510 Mantenedor de espacio unilateral para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por cuadrante por suscriptor por vida.	Cubierto al 100%
D1515 Mantenedor de espacio bilateral, para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por arco por suscriptor por vida.	Cubierto al 100%

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, quiroprácticos y otros especificados en el contrato.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)* y el Departamento de Salud de Puerto Rico, 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, excepto para niños recién nacidos, recién adoptados o colocados por adopción. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
11. Gastos por mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno). Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por septoplastías, rinoseptoplastías (excepto cuando sea post trauma o por necesidad médica), blefaroplastias. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
13. Gastos por 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. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
14. Gastos por 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 asociadas a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
15. 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.
16. 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 estos. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
17. Servicios de escalenotomía – división de músculo escaleno *anticus* sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
18. Trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea), excepto los de hueso, piel y córnea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, terapia y medicamentos inmunosupresores relacionados con el trasplante.
19. Servicios para tratamientos de acupuntura.
20. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
21. Analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
22. Servicios dentales excluidos: ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca.
23. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) mediante cualquier método para corregir la condición.

24. 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.).
25. Inmunoterapia para alergia.
26. Servicios prestados por un aborto provocado.
27. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28. Hospitalizaciones por servicios que puedan practicarse en forma ambulatoria.
29. Servicios por ambulancia marítima.
30. Servicios prestados por instalaciones para tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente si existe o no justificación médica para el tratamiento.
31. 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.
32. Gastos por Inyecciones en tendones puntos de gatillo y por remoción de papilomas cutáneos (*skin tags*). De igual manera, se excluye de cubierta gastos por los siguientes tres servicios en casos de causa cosmética (que no haya sido por afección fisiológica o que no exista incertidumbre de ser benigno o maligno, por lo que deberá ser corroborado por un estudio de patología): a) escisión de otras lesiones benignas; b) reparación de ptosis palpebral y c) escisión de uñas.
33. Gastos por pruebas de laboratorios: heavy metals; dopaje; HLA Typing; pruebas de paternidad.
34. 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 que no están codificadas cubiertas bajo este contrato. Las pruebas de laboratorio que no están codificadas, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical Health Plan, Inc.
35. 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.
36. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post hospitalarios, para la condición de autismo y para suscriptores con Síndrome de Down.
37. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
38. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
39. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
40. Tuboplastias y otras operaciones o tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.

41. 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.
42. 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 anomalías 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.
43. Cirugías para aumento del seno, excepto en mujeres post mastectomizadas por cáncer.
44. Cámara hiperbárica, excepto para personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.
45. Maternidad delegada.
46. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados con una lesión sufrida, mientras que el suscriptor estuvo activo en el ejército (*service connected*), en cuyo caso First Medical Health Plan, Inc., recobrará a la Administración de Veteranos.
47. Servicios o tratamientos en los Estados Unidos de América no autorizado ni coordinado con First Medical Health Plan, Inc., excepto servicios de sala de emergencias. El suscriptor será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc., reembolsará al suscriptor basado en las tarifas usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, menos copagos aplicables según descritos en este contrato, siempre y cuando el servicio esté cubierto.
48. First Medical Health Plan, Inc., no reconoce para pago reclamaciones por servicios y pruebas prestados en unidades móviles por cualquier proveedor participante, excepto, los que estén previamente autorizados y/o registrados en el Departamento de Salud de Puerto Rico. Los pagos emitidos por estos servicios serán objeto recobro.
49. Las pruebas diagnósticas requeridas debido a declaraciones de pandemia para propósitos de actividades sociales, para viajes de cualquier índole, las requeridas por instituciones educativas y las requeridas por patronos como requisitos de empleo estarán excluidas.
50. Gastos de medicamentos recetados, que contengan Cannabis, y/o recomendados por un médico que no este certificado por el Departamento de Salud para emitir recetas o recomendaciones sobre el uso de Cannabis Medicinal.
51. Gastos incurridos por el suscriptor que hayan sido recibidos en un local no autorizado para dispensar Cannabis Medicinal.
52. Gastos por uso de Cannabis Medicinal para otro uso que no sea el de mejorar una condición médica debilitante.
53. Compras de productos que no requieren licencia de paciente autorizado para uso de cannabis medicinal emitido por el Departamento de Salud.
54. Gastos incurridos relacionados con el uso de Cannabis Medicinal para suscriptores que sean menores de veintiún (21) años.
55. Gastos para la adquisición de productos de Cannabis Medicinal en dispensarios fuera de la

red de dispensarios de First Medical Cannabis.

56. Gastos incurridos relacionados al uso de Cannabis Medicinal por suscriptores que estén inactivos en su cubierta de salud al momento de haber realizado una compra de un producto de cannabis medicinal.
57. Gastos incurridos relacionados con el uso de Cannabis Medicinal por suscriptores que no tengan licencia vigente de paciente autorizado para uso de Cannabis Medicinal emitido por el Departamento de Salud.
58. 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 sujeto a deducible, copagos y coaseguros aplicables, 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.

Además, se incluyen 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. 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. Durante el año pueden ocurrir cambios ya sea 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 los mismos estarán disponibles en nuestra página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers). Estos cambios se les notificarán a todos los suscriptores no más tarde a la fecha de efectividad de los mismos y tal notificación se enviará a la última dirección en récord del suscriptor.

¿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:

Preautorización (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.

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 significa que se 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. exigen 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.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario?

Si su medicamento no aparece en el formulario, visite nuestra página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers) para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al Departamento de Farmacia y/o Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Además, el suscriptor puede pedirle a First Medical Health Plan, Inc. que haga una excepción sujeta a necesidad médica y previa autorización de:

1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

2. Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de servicios de salud habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
3. Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

Su médico puede solicitar por escrito una excepción al formulario si ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de la enfermedad. A estos efectos su médico cumplimentará la forma CSS-AS-04-002 y la hará llegar al Departamento de Farmacia de First Medical Health Plan, Inc. vía fax al 787-817-7001.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud podrá hacer una solicitud de excepción médica, la cual deberá constar por escrito. Si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica, los siguientes criterios se evaluarán:

- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor;
- b. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - i. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.
 - ii. Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al del suscriptor.
 - iii. El suscriptor ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
- c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

First Medical Health Plan, Inc. podrá requerir que la persona cubierta o a su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que hizo. Dicha certificación de Excepción Médica la puede acceder en la página web:

www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario para solicitud de excepción médica. La información que se debe incluir es la siguiente:

- a. Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor.
- b. Historial del paciente.
- c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
- d. Razón por la cual:
 - i. El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para el suscriptor.
 - ii. El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.
 - iii. La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.
- e. Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el suscriptor, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para el suscriptor.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al suscriptor para el cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

- a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida.
- b. Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de First Medical Health Plan, Inc. u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud pueden contactarnos para solicitar una decisión de cubierta inicial para una excepción al formulario o a la restricción de utilización con la debida justificación médica. Tomaremos una decisión sobre su solicitud presentada, con la premura que requiera su condición médica, pero en ningún caso a más de 48 horas desde la fecha del recibo de la solicitud o de la fecha del recibo de la justificación médica, en el caso que First Medical Health Plan, Inc. solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados, este término no deberá exceder de las 24 horas. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por tener que esperar hasta 72 horas por una decisión.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

- i. El suscriptor tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días.
- ii. First Medical Health Plan, Inc. tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que el suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que el suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento al suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica.

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de farmacia de First Medical Health Plan, Inc., siempre y cuando:

- a. La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica.
- b. Se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

First Medical Health Plan, Inc., no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por First Medical Health Plan, Inc.:

- a. Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el suscriptor ha acordado recibir la información por esa vía.
- b. Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito.
- c. Se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con la Sección "Sistema de Querella" de este contrato.

Dicha denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o a su representante personal:

- a. Las razones específicas de la denegación.
- b. Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud.
- c. Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación.

- d. Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

De acuerdo con la sección Cubierta de Farmacia, usted es responsable, cuando corresponda, de todos o alguno de los pagos de lo siguiente:

- El deducible inicial (*Front End Deductible*).
- El copago.
- El coaseguro.

Al solicitar los servicios de las farmacias participantes es requisito presentar junto con la receta de su médico, su tarjeta del plan médico con First Medical Health Plan, Inc. El suscriptor deberá certificar con su firma la entrega y copagos realizados por los servicios recibidos. Además, deberá presentar una tarjeta de identificación con foto cuando reciba los medicamentos para asegurar se cumplen las medidas para la protección de información confidencial relacionada a su condición de salud.

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 o bioequivalentes, 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. Como parte de la cubierta de medicamentos especializados, First Medical Health Plan, Inc., tiene la intención de incluir un nivel de copago adicional de biosimilares especializados. Un biosimilar es un biológico que es muy similar y no tiene diferencias clínicamente significativas con otro biológico ya aprobado por la FDA (denominado producto de referencia). Para la aprobación de un biosimilar, se comparan las estructuras y funciones de un producto de referencia con las del biosimilar, examinando características claves tales como: pureza, estructura molecular y bioactividad. Los datos de estas comparaciones deben demostrar que el biosimilar es altamente similar y que no tiene diferencias clínicamente significativas con un producto de referencia.
3. 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 orales de flúor recetados en niños menores de 6 años.
 - d. Suplementos de hierro recetados en niños menores de 1 año.
 - e. Anticonceptivos para planificación familiar en edad reproductiva aprobados por la FDA con receta del médico.
 - f. Suplemento de ácido fólico para embarazadas en edad reproductiva.
 - g. Tamoxifen o raloxifene para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
4. Insulina.
5. Agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables autoadministrados.

6. Vacuna RhoGhan cubierta aplicándole el 20% de coaseguro según su cubierta de beneficio de farmacia y requiere autorización previa del plan.
7. Medicamentos de especialidad y autoadministrados aprobados por First Medical Health Plan, Inc.
8. Fórmulas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias
9. 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%.
10. Aspirina
11. Buprenorfina para el tratamiento de adicción a opiáceos.
12. Medicamentos inyectables autoadministrados 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 deducible anual:

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 Bioequivalentes	Nivel 1	Ver línea M de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Marca Preferido	Nivel 2	Ver línea N de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos de Marca No Preferido	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.
Medicamentos Biosimilares	Nivel 4	Ver línea P1 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 coaseguro:	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. 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.	5

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 medicamento necesario, usted solo es responsable del copago que aplique al medicamento de marca.

Medicamentos especializados: Esta cubierta de medicamentos cubre medicamentos especializados en su presentación original (producto de referencia) y medicamentos especializados en su presentación biosimilar cuando exista una alternativa disponible. No todos los medicamentos originales (producto de referencia) tienen una presentación biosimilar. Si usted acepta que la farmacia le despache la presentación biosimilar, su copago será 40%. No obstante, si su médico ordena en la receta que la farmacia le despache el medicamento en su presentación original (producto de referencia) usted pagará el coaseguro de medicamento especializado original (producto de referencia).

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 o 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 este.
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. Productos nutricionales y Suplementos dietéticos tales como, y entre otras: Lypasyn, Fructosa, L-Carnitina, Tryptofano, Cardiovid Plus, Glutamine. L-methylfolate, L-Methylfolate, Cysteine Hydrochloride, pancrelipase, suplementación de trazas de minerales en TPN, triheptanoin (medium-chain triglyceride (MCT) products), enzimas pancreáticas, aminoácidos en dextrosa, amino acids/dextrose/electrólitos, fat emulsion: omegaven, onasemnogene abeparvovec-xioi, l-methylfolate, intravenous emulsión, flavocoxid, arginina, cysteine, lipase, viokace.
7. Minerales tales como y entre otras: Sodium chloride: Calcium, Potassium Phosphate copper, zinc, chromium, selenium, manganese, molybdenum, iron, Iodine cobalt, boron, nickel, silicon, fluorine, and vanadium.
8. Vitaminas tales como y entre otras: cyanocobalamin, niacina, ácido ascorbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B-biotina D ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico, flavonoides bioflavonoides), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. Las vitaminas prenatales están cubiertas, así como la dosis de ácido fólico cubierto por disposición de la Ley Federal ACA de Servicios Preventivos.
9. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso tales como y entre otras: AMPHETAMINES AND RELATED DRUGS: { Phentermine Hydrochloride, Diethylpropion Hydrochloride, Benzphetamine Hydrochloride, Phendimetrazine Tartrate, Phentermine-topiramate (Qsymia)}, naltrexone-bupropion (Contrave), liraglutide (Saxenda), semaglutide (Wegovy), setmelanotide (Imcivree), tirzepatide (Zepbound o cualquier presentación para estos fines), semaglutide (Wegovy o cualquier presentación para estos fines)
10. Cualquier medicamento con fines cosméticos tales como y entre otras: Onabotulinum toxin A (Botox cosmético).

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 o utilizados para estos fines tales como y entre otras: Mifepristone (RU-486, Korlym), Misoprostol
14. Medicamentos para la infertilidad, o utilizados para estos fines tales como y entre otras: Citrato de clomifeno, inhibidores de la aromatasas, utilizados para la inducción de la ovulación (off-label use): Letrozol, Gonadotropinas, utilizadas para la estimulación ovárica en combinación con /IIU o FIV: Hormona del folículo estimulante: FSH urinaria (Bravelle) folitropina beta recombinante (Follistim); folitropina alfa recombinante (Gonal-F), LH: luteotropina alfa recombinante (Luveris), Gonadotropina menopáusica humana: Menopur, Repronex, Gonadotropina coriónica humana (hCG), utilizada como desencadenante ovulatorio en los ciclos de inducción de la ovulación y de hiperestimulación ovárica, HCG recombinante (Ovidrel), HCG urinaria (Pregnyl, Novarel), Agonistas de GnRH, utilizados para la regulación negativa de la hipófisis y como desencadenante de la ovulación durante los ciclos de hiperestimulación ovárica, Acetato de leuprolida (inyección de Lupron: 0,5 a 1 mg sc), Acetato de nafarelina (Synarel), Antagonistas de GnRH, utilizados para la regulación negativa de la hipófisis durante los ciclos de hiperestimulación ovárica, Ganirélix; Acetato de Cetorelix (Cetrotide), Terapia pulsátil con GnRH, utilizada para la inducción de la ovulación en pacientes con amenorrea hipotalámica. Terapia con GnRH, Agonistas de la dopamina, para el tratamiento de la anovulación hiperprolactinémica (titulados para normalizar los niveles séricos de prolactina), Bromocriptina (Parlodel), Cabergolina (Dostinex), Progesterona Crinona 8% gel vaginal, Endometrina, tableta vaginal de 100 mg, Progesterona intramuscular en aceite (Inyección 50 mg al día para fines de infertilidad)
15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual fines tales como y entre otras: sildenafil (aprobado bajo diagnóstico de hipertensión pulmonar), tadalafil (aprobado bajo diagnóstico de hipertensión pulmonar y BPH), vardenafil.
16. Hormonas de crecimiento, tales como somatropina (Norditropin, Genotropin, Humatrope Nutroprin, Omnitrope, Saizen, Serostim, Zomacton, Tev-tropin), somatrem (Protropin, Ritropin, etc.) y el acetato de tesamorelina (Egrifta).
17. Se excluyen los siguientes medicamentos especializados, excepto que la cubierta de estos sea requerida por la Ley 79-2020, Ley 275-2012 o alguna otra ley estatal, federal o expresamente requerida por la OCS: Actemra (para Artritis idiopática juvenil poliarticular, Enfermedad pulmonar con esclerosis sistémica, Artritis reumatoide, Artritis crónica juvenil de inicio sistémico, Arteritis temporal), Acthar (para Espondilitis anquilosante, Trastorno del ojo, Eritema multiforme, Exacerbación de la esclerosis múltiple, Espasmos infantiles, Síndrome nefrótico, Polimiositis, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Sarcoidosis sintomática, Síndrome de Stevens-Johnson, lupus eritematoso sistémico, Reacción transfusional debida a reacción de proteínas séricas), Adcirca (para Hipertensión pulmonar), Altamax (para Impétigo, debido a Staphylococcus aureus (solo sensible a meticilina) o Streptococcus pyogenes), Aponvie (para Profilaxis de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, Profilaxis de náuseas y vómitos posoperatorios), Aranesp (para Anemia debida a la quimioterapia y después de ella -

Enfermedad neoplásica no mieloide, Anemia de insuficiencia renal crónica), Banzel (para Síndrome de Lennox-Gastaut), Benlysta (para Nefritis lúpica, lupus eritematoso sistémico), Beovu (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular debido a diabetes mellitus), Butenafine HCl (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Bydureon (para Diabetes mellitus tipo 2), Byooviz (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular de retina, Neovascularización coroidea miópica), Cafergot (para migraña), Cambia (para migraña, dolor), Ciclopirox Treatment (para Onicomycosis por dermatofito, Dermatitis seborreica del cuero cabelludo, Tinea Superficial), Cimerli (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular de retina, Neovascularización coroidea miópica), Colazal (para Colitis ulcerosa), Condylox (para Condiloma acuminado de la región anogenital), Cordran ointment (para Trastorno de la piel, dermatosis sensibles a corticosteroides), Cosentyx (para Espondilitis anquilosante, Hidradenitis supurativa, Artritis reumatoide juvenil idiopática, Espondiloartritis axial no radiológica, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Cuvrior (para Enfermedad de Wilson, pacientes con enfermedad estable, sin cobre y tolerantes a la penicilamina), Desferal (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Difacid (para Diarrea por Clostridium difficile), Dulera (para Asma), Emsam (para Trastorno depresivo mayor), Enbrel (para Espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil, Artritis psoriásica juvenil, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide), Entresto (para Fallo cardíaco crónico), Entyvio IV (para Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), Esbriet (para Fibrosis pulmonar idiopática), Exjade (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Exoderm (para Tinea versicolor), Eylea (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina, Retinopatía debida a diabetes mellitus, Retinopatía del prematuro), Fasenra (para Asma grave en pacientes con fenotipo eosinofílico), Ferriprox (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Glydo (para Anestesia de la membrana mucosa), Gocovri (para Enfermedad de Parkinson, parkinsonismo, discinesia inducida por levodopa en la enfermedad de Parkinson, Enfermedad extrapiramidal - Trastorno del movimiento inducido por fármacos), Hemangeol (para Hemangioma infantil), Inpefa (para Trastorno del sistema cardiovascular en diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca), Invokamet (para Diabetes mellitus tipo 2), Invokana (para Diabetes mellitus tipo 2), Jadenu (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Juxtapid (para Hipercolesterolemia familiar), Kevzara (para Polimialgia reumática, artritis reumatoide), Kineret (para Neurológico infantil crónico, Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1, Artritis reumatoide), Kombiglyze XR (para Diabetes mellitus tipo 2), Krystexxa (para gota), Latuda (para Trastorno bipolar, esquizofrenia), Leqembi (para enfermedad de alzheimer), Letairis (para Hipertensión arterial pulmonar, Grupo I de la OMS), Levulan Kerastick (para Queratosis actínica), Litfulo (para Alopecia areata), Lotrimin Ultra (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Lucentis (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina, Neovascularización coroidea miópica, Retinopatía por diabetes mellitus), Macugen (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad), Mentax (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Mestinon (para Miastenia gravis, Reversión del bloqueo neuromuscular), Miebo (para Síndrome del ojo seco), Myrbetriq (para Hiperactividad neurogénica del detrusor, Vejiga urinaria

hiperactiva), Neulasta (para profilaxis de Neutropenia febril, En neoplasias malignas no mieloides, Subsíndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda), Neupogen (para profilaxis de Neutropenia febril, En neoplasias malignas no mieloides y En pacientes con leucemia mieloide aguda que reciben quimioterapia, Movilización de células madre hematopoyéticas, Subsíndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda, trastorno neutropénico sintomático), Nucynta (para Manejo del dolor), Nyamyc (para Vulvovaginitis por Candida, Candidiasis de la piel, Candidiasis gastrointestinal, Candidiasis no esofágica, Candidiasis orofaríngea), Onglyza (para Diabetes mellitus tipo 2), Orilissa (para dolor asociado con la endometriosis), Otezla (para Síndrome de Behcet - Úlceras en la boca, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Oxiconazole Nitrate (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital, Tinea superficial), Ozempic (para Diabetes mellitus tipo 2), Panzyga (para Trombocitopenia inmune, Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria, trastorno de inmunodeficiencia primaria), Praluent (para Profilaxis de trastornos del sistema cardiovascular, hipercolesterolemia familiar, hipercolesterolemia familiar heterocigótica primaria, hipercolesterolemia primaria), Pramosone (para Hemorroides), Procrit (para Anemia debida a quimioterapia y después de ella, mielosupresora - enfermedad neoplásica, neoplasias malignas no mieloides, Anemia - Infección por VIH, Anemia en enfermedad renal crónica, En pacientes en diálisis y no en diálisis, Profilaxis en procedimiento quirúrgico, electivo, no cardíaco, no vascular - Transfusión alogénica de hemoderivados), Proctosol HC (para Hemorroides), Pylera (para Infección del tracto gastrointestinal por Helicobacter pylori), Qtern (para Diabetes mellitus tipo 2), Rectiv (para Fisura anal, crónica), Remicade (para Espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Renflexis (para Espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Rezzayo (para Candidemia, candidiasis invasiva), Rinvoq (para Espondilitis anquilosante, Dermatitis atópica, Enfermedad de Crohn, Espondiloartritis axial no radiográfica, Artritis idiopática juvenil poliarticular, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Rystiggo (para Miastenia gravis), Segluromet (para Diabetes mellitus tipo 2), Simponi Aria (para Espondilitis anquilosante, Artritis idiopática juvenil poliarticular, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Skyrizi (para Enfermedad de Crohn, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Soliris (para Síndrome urémico hemolítico atípico, miastenia gravis, trastorno del espectro de neuromielitis óptica, Hemoglobinuria paroxística nocturna), Sotyktu (para Psoriasis en placas), Steglatro (para Diabetes mellitus tipo 2), Steglujan (para Diabetes mellitus tipo 2), Toviaz (para Hiperactividad neurogénica del detrusor, Vejiga urinaria hiperactiva), Tremfya (para Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Uroxatral (para Hiperplasia benigna de la próstata), Vabysmo (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina), Veozah (para Menopausia - Síntomas vasomotores), Viibryd (para Trastorno depresivo mayor), Vowst (para Prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile), Vyvgart (para Miastenia gravis), Zavprel (para migraña), Zegerid (para Esofagitis erosiva, enfermedad por reflujo gastroesofágico, Úlcera gástrica, acidez de estómago, Úlcera del duodeno, hemorragia digestiva alta), Zeposia (para Colitis ulcerosa), Zilbrysq (para Miastenia gravis), Zirgan (para Retinitis por citomegalovirus en el SIDA, Profilaxis de

- la infección por citomegalovirus, Queratitis por herpes simple), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
18. Agentes esclerosantes tales como el talco intrapleural (Sclerosal, Sclerosof, Steritak") (para derrame pleural maligno), etanolamina (para várices esofágicas sangrantes), polidocanol (para venas varicosas de las extremidades inferiores) y tetradecil de sodio (para varices esofágicas).
 19. 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
 20. 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.
 21. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días.
 22. 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.
 23. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
 24. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.
 25. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:
 - a. Antes del inicio de la cubierta; o
 - b. Después de la fecha en que la cubierta ha terminado.
 26. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
 27. 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.
 28. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que esta 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.

¿QUÉ ES FIRST HEALTH CALL?

First Health Call es el servicio de asistencia telefónica y orientación de salud, creado exclusivamente para los suscriptores de **First Medical Health Plan**.

Cuando tu o tus seres queridos tengan una situación de urgencia y no sepan que hacer **First Health Call** es tu primera alternativa.

Con **First Health Call** usted llama y contestaran de día o de noche, los 365 días del año. Enfermeras graduadas esperan tu llamada para darte la mano cuando más lo necesites.

Te ofrecemos:

ENFERMERAS GRADUADAS Siempre contestaran enfermeras graduadas, respaldadas por médicos especializados, atendiendo tu llamada y ayudándote a tomar la decisión adecuada.

First Health Call es completamente gratis para los suscriptores de **First Medical Health Plan** y lo puedes usar cuando lo necesites

Llámanos al 1-866-337-3338.

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

GOLD

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL BONA FIDES 2025
		Gold
	ID del Plan	13590PR0040016
Deducible Anual (Beneficios Médicos)		
A	Individual	\$0
B	Familiar	\$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)		
A	Individual	\$50
B	Familiar	\$50 por miembro
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	\$50
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$10
C2	Enfermedad	\$60
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$10
Hospitalización		
D	Hospitalización	\$150
L	Hospitalización Parcial	\$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System (incluyendo Hospitalización Parcial)	\$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$150
Servicios Ambulatorios		
E	Generalista	\$10
F	Especialista	\$12
G	Sub Especialista	\$15
F	Podiatra	\$12
F	Quiropráctico	\$12
F	Siquiatra	\$12
F	Sicólogo	\$12
F	Audiólogo	\$12
F2	Optómetra	\$10
H	Facilidad Ambulatoria	40%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	40%

-	Procedimientos Endoscópicos	30%
-	Procedimientos Endoscópicos en Metro Pavía Health System	20%
-	Pruebas de Alergia	\$10
-	Biopsia del Seno	\$50
I	Vasectomía	40%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	\$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%
-	Timpanometría y Audiometría	\$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero		
S	Terapia Física	\$10
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	\$10
S2	Terapia ocupacional	\$10
S	Terapia del Habla y Lenguaje	\$10
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	\$10
-	Cuidado de Salud en el Hogar - Metro Pavía Health System	\$0
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental		
D	Hospitalización Regular	\$150
L	Hospitalización Parcial	\$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System (incluyendo Hospitalización Parcial)	\$0
F	Terapia de Grupo	\$12
F	Visitas Colaterales	\$12
F	Evaluación Neuropsicológica	\$12
F	Terapia Neuropsicológica	\$12
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0
L	Tratamiento Residencial	\$75
D	Detox	\$150
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, del habla y lenguaje	\$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	\$0
Farmacia		
M	Nivel 1 (Genérico)	\$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	30% mínimo \$15
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	40% mínimo \$20
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%
P1	Nivel 4 (Especializados Biosimilares)	40%
Q	Beneficio máximo	\$1,500
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	80%
-	Vacuna Rhogan	20%
Servicios de Laboratorios y Rayos X		
J	Laboratorio	40%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
J	Rayos X	40%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	40%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%
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
-	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
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización

Servicios de Visión Pediátrica		
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0
-	Low Vision	\$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	\$0
Servicios de Visión Adulta		
-	Examen de refracción	\$0
-	Espejuelos para adultos	\$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	\$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	\$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%
Otros Servicios Cubiertos		
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta \$80.00 por viaje incluyendo traslado entre instituciones, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
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.	Aplica 20% de coaseguro.
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida		
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	\$150
Programas incluidos como parte de sus beneficios		
F1	Nutricionista	\$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Cubierta Dental		
-	Diagnóstico y Preventivo	\$0