

Carrier Name: FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

ATTACHMENT 8

Rev. 02/2024

Gold

|                                                                                                                |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                | Cubierta Metálica:<br>GOLD                                    |
|                                                                                                                | Nombre del Plan:<br>BF2025 - GOLD                             |
|                                                                                                                |                                                               |
| Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)                                                                          |                                                               |
| Deducible Anual para Beneficios Médicos                                                                        |                                                               |
| -Individual                                                                                                    | \$0                                                           |
| -Familiar                                                                                                      | \$0                                                           |
| Deducible Anual para Medicamentos                                                                              |                                                               |
| -Individual                                                                                                    | \$50                                                          |
| -Familiar                                                                                                      | \$50 por miembro                                              |
| Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)                  |                                                               |
| -Individual                                                                                                    | \$6,350                                                       |
| -Familiar                                                                                                      | \$12,700                                                      |
| Beneficios Esenciales de Salud                                                                                 |                                                               |
| Servicios de Emergencia                                                                                        |                                                               |
| -Accidente                                                                                                     | \$50                                                          |
| Accidente dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System                                        | \$10                                                          |
| -Enfermedad                                                                                                    | \$60                                                          |
| Enfermedad dentro de las facilidades de la red Metro Pavia Health System                                       | \$10                                                          |
| Hospitalización                                                                                                |                                                               |
| -Parcial incluyendo Salud Mental                                                                               | \$75                                                          |
| Parcial incluyendo Salud Mental (Metro Pavia Health System)                                                    | \$0                                                           |
| Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                                        | \$150                                                         |
| -Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                                       | \$150                                                         |
| -Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)                                              | \$150                                                         |
| -Asistencia Quirúrgica                                                                                         | \$0                                                           |
| Hospitalización Regular en facilidades de la red Metro Pavia Health System                                     | \$0                                                           |
| Servicios Ambulatorios                                                                                         |                                                               |
| -Generalista                                                                                                   | \$10                                                          |
| -Especialista                                                                                                  | \$12                                                          |
| -Sub-Especialista                                                                                              | \$15                                                          |
| -Siquiatria                                                                                                    | \$12                                                          |
| Sicólogo                                                                                                       | \$12                                                          |
| -Podiatria                                                                                                     | \$12                                                          |
| -Quiropráctico                                                                                                 | \$12                                                          |
| -Audiologo                                                                                                     | \$12                                                          |
| -Óptometra                                                                                                     | \$10                                                          |
| Centro de Cirugia Ambulatoria                                                                                  | 40%                                                           |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica                                       | 40%                                                           |
| -Procedimientos Endoscopicos                                                                                   | 30%                                                           |
| Procedimientos Endoscopicos - Metro Pavia Health System                                                        | 20%                                                           |
| Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero                                            |                                                               |
| -Terapia Fisica                                                                                                | \$10                                                          |
| -Terapia Respiratoria                                                                                          | \$10                                                          |
| Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)                           | \$10                                                          |
| Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional) Metro Pavia Health System | \$0                                                           |
| -Equipo Médico Duradero                                                                                        | 40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica un 60% coaseguro |
| -Manipulaciones de Quiropráctico                                                                               | \$10                                                          |
| Salud Mental                                                                                                   |                                                               |
| -Terapia de Grupo                                                                                              | \$12                                                          |
| -Visitas Colaterales                                                                                           | \$12                                                          |

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