



Esto es solo un resumen. Usted puede conseguir la descripción de beneficios llamando al (787) 650-0080. Una descripción de beneficios provee más detalles sobre su cubierta y sus costos. First Medical Health Plan, Inc. ha desarrollado este resumen de beneficios en cumplimiento con los requerimientos establecidos en la ley ERISA y 29 CFR 2520, 102-3 (u), HIPAA.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$250.00 por miembro en la Cubierta de Farmacia y \$0.00 en la Cubierta Básica.	Vea la tabla que comienza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero vea la tabla en la página 2 para otros costos por los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para mis desembolsos en efectivo?	Sí. El costo en Individual es \$6,350 y en Familiar es \$12,700.	El límite de desembolso es lo más que usted pagaría por su parte de los costos de los servicios cubiertos (usualmente un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos para el cuidado de su salud.
¿Qué gastos no cuentan para el límite de desembolsos en efectivo?	Primas, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos bajo este plan.	A pesar que usted paga por estos gastos, los mismos no cuentan para límite de desembolso .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos específicos, tales como las visitas a la oficina de un médico.
¿Este plan utiliza una red de proveedores?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, acceda al enlace Web www.firstmedicalpr.com o llame al (787) 878-6909 con el Departamento de Proveedores.	Si usted utiliza un doctor dentro de la red u otro proveedor de cuidado de salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté pendiente si su proveedor de salud dentro de la red u hospital utiliza proveedores fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red , preferidos o participantes para referirse a los proveedores dentro de su red. Refiérase a la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Usted puede ver el especialista que usted escoja sin necesidad de un referido.
¿Hay servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Consulte su contrato o documento del plan para obtener información adicional de los servicios excluidos.



- **Copago** es la cantidad fija en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por el cuidado de salud cubierto, usualmente cuando se recibe el servicio.
- **Coaseguro** es su parte de los costos por un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Usted paga esto, además, de cualquier cantidad de deducible que tiene en este plan. Por ejemplo, si la cantidad permitida del plan de salud para la estadía de una noche en el hospital es de \$1,000 y alcanzó su deducible, su pago de 20% de coaseguro sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no ha acumulado su deducible.
- El pago del plan por los servicios cubiertos es basado en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor fuera de la red** cobra más de la cantidad permitida, usted pagará la diferencia. Por ejemplo, si el hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía de una noche y la cantidad permitida por el plan es de \$1,000, puede ser que usted tenga que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama una **sobrefactura**.)
- Este plan fomenta la utilización de los proveedores participantes cobrándole deducibles, copagos y coaseguros menores.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del médico	Visita a un médico primario para tratar una lesión o enfermedad	\$15.00 de copago	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Visita a especialista/subespecialista	Especialista \$20.00 de copago. Subespecialista \$25.00 de copago.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Visita a la oficina de otro profesional de salud	Podiatra, audiólogo y quiropráctico \$20.00 de copago. Óptometra \$20.00 de copago.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
Si se atiende en la clínica o consultorio del médico	Cuidado preventivo/cernimiento/vacunas	\$0 copago para servicios preventivos por Ley Federal. \$0 copago por otras inmunizaciones.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de Diagnóstico (Rayos X, Laboratorios)	60% de coaseguro.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET Scans, MRIs)	60% de coaseguro.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada solo si la especialidad no está disponible en la red de proveedores FMHP.	PET Scan y PET CT, hasta uno por suscriptor por año contrato, requiere autorización previa del plan. MRI y CT, hasta uno por región anatómica, por suscriptor año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cubierta de medicamentos visite www.firstmedicalpr.com	Beneficio máximo \$800 por contrato.	Luego del beneficio máximo aplica un 80% de coaseguro.	Solo cubre en farmacias en Estados Unidos que sea internacional, tales como: Walgreens, Walmart o CVS y en las farmacias de la comunidad.	<p>Aplican las siguientes reglas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos como primera opción. • Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requieren autorización previa del plan. • Hasta 30 días de suplido para medicamentos de mantenimiento. • Hasta 15 días de suplido para medicamentos agudos.
	Bioequivalentes Preferidos	10% mínimo \$10.00		
	Bioequivalentes No Preferidos	10% mínimo \$10.00		
	Marca Preferida	60% mínimo \$20.00		
	Marca No Preferida	60% mínimo \$25.00		
	Especializados Preferidos	60% mínimo \$50.00		
	Especializados No Preferidos	60% mínimo \$50.00		
Costo igual o menor de \$8.00	No Cubierto			
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota de facilidad (Ej. centro de cirugía ambulatoria)	65% de coaseguro Procedimientos Ambulatorios.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Cuota de médico / cirujano	Nada.	Nada.	Ninguna.

Preguntas: Llame al 1-888-318-0274 o visítenos en www.firstmedicalpr.com. Si tiene dudas sobre cualquiera de los términos usados en este documento, consulte el Glosario en www.firstmedicalpr.com.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención inmediata	Servicios de emergencia/urgencia	\$100.00 de copago / \$50.00 de copago en nuestras facilidades de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos x.
	Transportación médica de emergencia	Ambulancia terrestre hasta \$80 por viaje. Ambulancia aérea hasta 1 viaje para servicios en Puerto Rico. Incluye Vieques y Culebra, cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
Si lo admiten al hospital	Cuota de facilidad (Ej. cuarto del hospital)	\$350.00 de copago / \$0.00 de copago en nuestras facilidades de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Cuota de médico / cirujano	Nada.	Nada.	Ninguna.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental	Psiquiatra \$20.00 de copago Psicólogo \$20.00 de copago Evaluación neuropsicológica \$20.00 de copago	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
	Servicios hospitalarios de salud mental	Hospitalización \$350.00 de copago y Hospitalización Parcial \$175.00 de copago.		Ninguna.
	Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	Psiquiatra \$20.00 de copago Psicólogo \$20.00 de copago		Ninguna.

Preguntas: Llame al 1-888-318-0274 o visítenos en www.firstmedicalpr.com. Si tiene dudas sobre cualquiera de los términos usados en este documento, consulte el Glosario en www.firstmedicalpr.com.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios hospitalarios de abuso de sustancias	Hospitalización \$350.00 de copago y Hospitalización Parcial \$175.00 de copago.	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Ninguna.
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Copago de visita a especialista \$20.00	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Cubierto, sólo para el suscriptor principal o su cónyuge y/o cohabitante.
	Servicios de alumbramiento y todos los servicios de hospitalización	\$350.00 copago (admisión)		Conforme a la Ley 248 del año 1999, hospitalización mínimo 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea.
Si necesita ayuda recuperándose	Servicios de rehabilitación / habilitación	\$15 copago terapia físicas \$20 copago manipulaciones	Cubierto a través de reembolso a tarifa contratada de FMHP con otro proveedor de la misma especialidad menos el copago aplicable.	Hasta 20 terapias físicas por suscriptor por año contrato combinadas con manipulaciones de quiropráctico.
Si su hijo necesita servicios de la vista	Examen de visión	Cubierto.	Cubierto.	Una (1) refracción (examen de la vista) al año.
	Espejelos	Cubierto.	Cubierto.	Una (1) montura por año contato.
Si su hijo necesita servicios dentales	Exámenes orales Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%		Uno (1) cada seis (6) meses. Cubierto solo si el asegurado tiene la Cubierta Dental.

Nota: En caso de surgir alguna discrepancia con relación a este resumen de cubierta, prevalecerá lo dispuesto en el contrato.

Preguntas: Llame al 1-888-318-0274 o visítenos en www.firstmedicalpr.com. Si tiene dudas sobre cualquiera de los términos usados en este documento, consulte el Glosario en www.firstmedicalpr.com.

Derecho a radicar una Querella

Si usted tiene alguna inquietud, pregunta o diferencia relacionada a los beneficios bajo su cubierta, usted puede comunicarse al Departamento de Querellas a través del 787-474-3999, por fax al 787-625-8765, personalmente visitando una de nuestras dieciséis (16) oficinas de servicio o a través de correo postal:

First Medical Health Plan, Inc.
PO BOX 191580
San Juan, PR 00918-1580

Un Representante de Servicio de FMHP atenderá su inquietud por el mecanismo informal de dialogo, ya sea por teléfono o personalmente en alguna de nuestras dieciséis (16) oficinas de servicio. De no lograrse resolver su inquietud por esta vía de forma inmediata, su situación se convertirá en una querella, la cual será referida al Departamento de Querellas de FMHP.

El Departamento de Querellas de FMHP, ha sido establecido, conforme al Capítulo 22 del Código de Salud de Puerto Rico, un proceso para evaluar y resolver de forma eficiente y a tiempo cualquier querella.

Toda persona cubierta o representante personal, tiene derecho a recibir, según sea solicitado, de forma gratuita, el acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a la reclamación del demandante para los beneficios. Ya sea un documento, registro u otra información que es relevante para un reclamo de beneficios.

Todo suscriptor de FMHP, tiene el derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado del Seguro (OCS) o la oficina del Procurador de la Salud (OPS), de las siguientes formas:

Oficina del Comisionado del Seguro (OCS)
PMB 356
Guaynabo, PR 00968-3029
Teléfono 787-273-6082

Oficina del Procurador de la Salud (OPS)
PO Box 11247
San Juan, PR 00910-2347
Teléfono 787-977-1100