



Resumen de Beneficios

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Habitación semi-privada durante 365 días por año contrato
- Habitación de aislamiento
- Alimentos incluyendo dietas
- Servicio general de enfermeras
- Uso de sala de operaciones y recuperación
- Yeso, material quirúrgico y cualquier otro material disponible en el hospital
- Cirugía, oxígeno, anestesia y su administración
- Rayos X, laboratorio clínico y patológico
- Electrocardiogramas y electroencefalogramas
- Fisioterapia, terapia respiratoria
- Maternidad, servicios pre y post parto
- Uso de sala de parto
- Uso de sala de recién nacidos ("Nursery")
- Transfusiones de sangre y plasma – máximo de (2) dos pintas por admisión
- Pruebas de gases arteriales
- Pruebas especializadas
- Quimioterapia, radioterapia, cobalto

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cirugías
- Administración de anestesia
- Consultas de especialistas y sub-especialistas
- Servicios de obstetricia, si tiene derecho al beneficio de maternidad

- Cirugía reconstructiva del seno y prótesis después de una mastectomía. (Requiere Pre Autorización)
- Cirugía maxilo-facial, causada por trauma accidental durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el período de cubierta no mas de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente
- Cirugía por condiciones cardiovasculares, cerebro vasculares y neurológicas; hasta \$30,000 por vida por cualesquiera de las condiciones incluye cirugía y gastos de hospitalización

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DIAGNOSTICO EN FORMA AMBULATORIA

- Visitas ambulatorias a oficinas de médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas para consultas o procedimientos cubiertos por el plan
- Podiatras, visitas cubiertas; en los procedimientos aplicará un 40% de co-aseguro y requieren autorización previa del plan **
- Quiropráctico - dos (2) visitas al año con el deducible de especialista y hasta 10 manipulaciones por año contrato **
- Visitas para el cuidado preventivo del recién nacido durante el primer año de vida del niño suscrito
- Vacunas del primer año de edad
- Laboratorios y rayos X
- Servicios pre y post-natales para suscriptores con derecho a servicios de maternidad
- Pruebas de alergias**
- Examen de la vista, uno (1) por año contrato por persona cubierta en el plan

** Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES

- Servicios de hospitalización trescientos sesenta y cinco (365) días por año contrato
- Servicios de hospitalización parcial de acuerdo a la necesidad médica justificada
- Visitas al siquiatra
- Visitas a psicólogos, diez (10) visitas por año contrato
- Una evaluación psicológica por año contrato, ordenada por un siquiatra y realizada por un psicólogo clínico. Hasta treinta (\$30.00) por reembolso
- Desintoxicación de sustancias controladas hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días. Uno (1) por año contrato.

SERVICIOS DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS

Las siguientes terapias especializadas estarán cubiertas en forma ambulatoria:

- Terapia Física, cuando dicho tratamiento sea ordenado por un médico participante especialista en Fisiatría. Aplica un 40% de co-aseguro (15 tratamientos por año contrato) por persona cubierta en el plan
- Terapia Respiratoria, aplica un 40% del co-aseguro por terapia hasta (15 tratamientos) por condición por año por contrato

SERVICIOS DE EMERGENCIA

- Atención médica por el médico de turno en sala
- Servicio de consulta y tratamiento por otros médicos cuando éstos sean requeridos por el médico de turno en sala
- Pruebas de laboratorio, radiografías y electrocardiografías
- Medicamentos y soluciones intravenosas aplicadas en sala
- Material quirúrgico y de anestesia

CUBIERTA DE FARMACIA

- Se cubrirán las ediciones que sean recetadas por un médico o cirujano participante
- El medicamento bioequivalente se dispensará como primera alternativa
- El suplido de medicamentos será por un período máximo de 15 días. No se cubrirán repeticiones.

AMBULANCIA

- Servicio de ambulancia terrestre hasta \$70.00 por viaje (por reembolso)

SERVICIOS DE PRUEBAS ESPECIALIZADAS

- Electroencefalogramas
- Electrocardiogramas
- Laboratorio Cardiovascular No Invasivo ("Holter", "Stress Test", Ecocardiogramas) límite uno (1) de cada tipo por año contrato**
- Laboratorio Periferovascular no Invasivo. ("Doppler", Pletismografías, etc.) uno (1) de cada tipo por año contrato**
- Colonoscopia (1por año contrato)**
- Sigmoidoscopia (1 por año contrato)**

- Tomografía Computadorizada (1 por año contrato)**
- Prueba de Función Pulmonar (1 por año contrato)**
- Evaluaciones médicas y pruebas de cernimiento (para niños y adolescentes)**
- Sonogramas
Uno (1) obstétrico y uno (1) de cualquier tipo**
- Pruebas Nucleares
Uno (1) por región anatómica**
- Endoscopía Digestiva
Una (1) por año**
- MRI
Uno (1) por año contrato**
- Cernimiento auditivo neonatal universal**

**Estas pruebas diagnósticas especializadas están sujetas a previa autorización escrita.

DENTAL D-05

- Servicios Diagnósticos 20%
- Servicios Preventivos 20%
- Servicios Restaurativos Regulares 20%
- Endodoncia 20%

CUBIERTA AMPLIADA (INCLUIDA)

Se añaden los siguientes beneficios a los provistos en el contrato básico de servicios médicos – quirúrgicos:

- Trasplante de órganos: hasta \$5,000 por vida por hospitalización
- Cirugía del lente ocular (no incluye el lente): hasta \$5,000 por vida por hospitalización
- Transportación aérea un (1) viaje por año contrato a través de proveedores contratados con un 40% de coaseguro

ESTE CONTRATO ES POR PERIODO DE UN (1) AÑO

Períodos de espera no aplican si ha tenido cubierta por un período de 18 meses sin interrupción, mayor a 63 días, previo a la fecha de la solicitud de la póliza individual, si el suscriptor es un cambio de gobierno o empresa privada dentro de First Medical Health Plan, Inc.