

# RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2025 EMPLEADO DE GOBIERNO LEY 95

Efectividad: 1 de septiembre de 2025



## BENEFICIOS ADICIONALES A LOS SUSCRIPTORES:

Nuestra Red de Proveedores con International Medical Card es:

- 100% de los Hospitales en Puerto Rico
- 9,282 Médicos (Generalistas, Especialistas y Sub-especialistas)
- 855 Laboratorios Clínicos
- 103 Salas de Emergencias / Urgencia
- Centros de Cuidado de la Salud (Home Care)
- Hospicios
- Centros de Vacunación

**\$0 copago en la mayoría de los servicios, en la red preferida.**



## FIRST HEALTH CALL



Nuestro centro de llamadas cuenta con los más avanzados sistemas de Información y la más alta tecnología en la industria. Los pacientes, suscriptores y proveedores serán atendidos por profesionales de enfermería y personal bilingüe orientados en servicio al cliente y con experiencia clínica:

- Libre de costo para suscriptores
- Servicio disponible 24 horas los 7 días de la semana
- Profesionales están adiestrados en “triage” telefónico con respaldo de médicos “on call”

## PROGRAMA DE AYUDA Y ACCESO AL SUSCRIPTOR (PAAS).

En la vida enfrentamos problemas que interfieren con el funcionamiento óptimo del ser humano.

Nuestro compromiso es lograr una pronta evaluación de síntomas que interfieran con la salud mental del suscriptor. De esta forma obtendrán el tratamiento que facilitará una rápida recuperación de su calidad de vida.

### Beneficios de PAAS para ti y tus dependientes:

- Charlas y Boletines periódicos con enfoque Psicoeducativo
- Apoyo en casos de emergencias y vía telefónica 24/7
- Red de proveedores a través de toda la isla.

**Línea de Ayuda y Acceso:**

**1-787-522-4616 ó 1-877-955-9554**

Síguenos en:



## APSHealth.



**ACCEDE A TU PLAN MÉDICO**  
24 horas, los 7 días a la semana



Línea de Servicio al Cliente **1-888-318-0274**

| Efectividad: 1 de septiembre de 2025                                                                |                      | EMPLEADO PÚBLICO – LEY 95 – 2025 |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------|
| COPAGOS / BENEFICIOS PRINCIPALES                                                                    | CLASSIC ELA - (RUBÍ) | PREMIUM ELA – (RUBÍ)             | UNIFORME – (ORO) |
| Hospitalización                                                                                     | \$0* / \$150.00      | \$0* / \$150.00                  | \$75.00          |
| Hospitalización Psiquiátrica                                                                        | \$200.00             | \$150.00                         | \$75.00          |
| Hospitalización Psiquiátrica Parcial                                                                | \$200.00             | \$150.00                         | \$75.00          |
| Sala de Emergencia por Enfermedad                                                                   | \$75.00              | \$50.00                          | \$40.00          |
| Sala de Emergencias por Accidente                                                                   | \$0.00               | \$0.00                           | \$0.00           |
| Generalistas                                                                                        | \$0* / \$15.00       | \$0* / \$12.00                   | \$8.00           |
| Especialista                                                                                        | \$0* / \$18.00       | \$0* / \$15.00                   | \$10.00          |
| Sub-Especialista                                                                                    | \$20.00              | \$18.00                          | \$15.00          |
| Laboratorios y Rayos X                                                                              | 0%* / 50%            | 0%* / 35%                        | 30%              |
| Terapias de Cáncer                                                                                  | 30%                  | 20%                              | 0%               |
| Pruebas Diagnósticas y Especializadas                                                               | 50%                  | 40%                              | 30%              |
| Procedimientos Ambulatorios – Facilidad                                                             | \$200.00             | \$150.00                         | \$75.00          |
| Procedimientos Ambulatorios – Oficina                                                               | \$200.00             | \$150.00                         | \$75.00          |
| Sonograma                                                                                           | 0%* / 50%            | 0%* / 40%                        | 30%              |
| *Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada). |                      |                                  |                  |

Recuerda que en la mayoría de los servicios usted no paga deducibles al utilizar los hospitales de la Red Metro Pavia Health System y los servicios de Metro Pavia Clinic. Visita nuestra página electronica: [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com)

| Copagos / Coaseguros Farmacia                                   | CLASSIC ELA - (RUBÍ)                        | PREMIUM ELA - (RUBÍ)                        | UNIFORME - (ORO)                            |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Deducible Inicial                                               | \$50.00                                     | No Aplica                                   | No Aplica                                   |
| Beneficio anual                                                 | \$1,000 por persona cubierta                | \$1,750 por persona cubierta                | \$2,000 por persona cubierta                |
| Exceso de                                                       | \$1,001 en adelante aplica 70% de coaseguro | \$1,751 en adelante aplica 50% de coaseguro | \$2,001 en adelante aplica 40% de coaseguro |
| Genérico Farmacias Preferidas                                   | \$12 de copago                              | \$10.00 de copago                           | 10% de coaseguro mínimo \$5.00 de copago    |
| Genérico Farmacias No Preferidas                                | \$15 de copago                              | \$12.00 de copago                           | 15% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago   |
| Marca Preferida / Farmacias Preferidas                          | 25% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago   | 20% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago   | 10% de coaseguro mínimo \$12.00 de copago   |
| Marca Preferida / Farmacias No Preferidas                       | 30% de coaseguro mínimo \$30.00 de copago   | 25% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago   | 15% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago   |
| Marca No Preferida / Farmacias Preferidas                       | 35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago   | 30% de coaseguro mínimo \$30.00 de copago   | 15% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago   |
| Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas                    | 40% de coaseguro mínimo \$40.00 de copago   | 30% de coaseguro mínimo \$30.00 de copago   | 20% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago   |
| Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias    | 50% de coaseguro                            | 50% de coaseguro                            | 30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago  |
| Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacias | 50% de coaseguro                            | 50% de coaseguro                            | 30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago  |
| Quimioterapias                                                  | 30% de coaseguro                            | 20% de coaseguro                            | 0% de coaseguro                             |
| Dental                                                          | (INCLUIDO)                                  | (INCLUIDO)                                  | (INCLUIDO)                                  |
| Beneficio máximo de cubierta anual                              | \$500.00                                    | \$750.00                                    | \$1,000.00                                  |
| Diagnóstico y Preventivo Pediátrico                             | 0%                                          | 0%                                          | 0%                                          |
| Diagnóstico y Preventivo Adulto                                 | 0%                                          | 0%                                          | 0%                                          |
| Restaurativo Menor                                              | 20%                                         | 20%                                         | 20%                                         |
| Restaurativo Mayor                                              | 40%                                         | 40%                                         | 20%                                         |
| Seguro de Vida (Universal Life Insurance)                       | (OPCIONAL)                                  | (OPCIONAL)                                  | (OPCIONAL)                                  |
| Beneficio Máximo por muerte natural o accidental                | \$5,000.00                                  | \$5,000.00                                  | \$5,000.00                                  |

(Solo aplica a suscriptor principal menor de 65 años de edad). Beneficio máximo está sujeto a cláusulas y disposiciones que Universal Life establezca.)

| Cubierta de Visión (Platino II) Incluida en todas las cubiertas, a través de proveedores contratados por / I Vision International, Inc. |                                  |                                  |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Examen de la Vista (Refracción, 1 cada 12 meses)                                                                                        | \$10 copago                      | \$10 copago                      | \$10 copago                      |
| Montura de la Colección Preferred - (1 montura cada 12 meses)                                                                           | \$18 copago                      | \$18 copago                      | \$18 copago                      |
| Un par de Lentes de Visión Sencilla,                                                                                                    | \$18 copago                      | \$18 copago                      | \$18 copago                      |
| - Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25) \$20                                                                                        | \$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal) | \$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal) | \$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal) |
| - Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)                                                   | \$20 copago                      | \$20 copago                      | \$20 copago                      |
| Lentes de Contacto (en vez de espejuelos) Sujeto a cláusulas y disposiciones de I Vision International                                  | \$36 copago                      | \$36 copago                      | \$36 copago                      |
| - Blandos Diarios                                                                                                                       | \$36 copago                      | \$36 copago                      | \$36 copago                      |
| - Blandos Extendidos                                                                                                                    | \$36 copago                      | \$36 copago                      | \$36 copago                      |
| - Desechables (dos (2) cajas)                                                                                                           | \$36 copago                      | \$36 copago                      | \$36 copago                      |
| - Medicamente Necesarios (Uso diario, extendido o desechable)                                                                           | \$36 copago                      | \$36 copago                      | \$36 copago                      |
| Montura fuera de la Colección Preferred                                                                                                 | 20% de descuento                 | 20% de descuento                 | 20% de descuento                 |

| Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B |  |  |  |  |                      |  |  |  |                  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|
| CLASSIC ELA - (RUBÍ)                                            |  |  |  |  | PREMIUM ELA - (RUBÍ) |  |  |  | UNIFORME - (ORO) |  |  |  |

|                                                                    | Básica, Dental, Farmacia | Gastos Médicos Mayores | Seguro de Vida * | Visión   | Básica, Dental, Farmacia | Gastos Médicos Mayores | Seguro de Vida * | Visión   | Básica, Dental, Farmacia | Gastos Médicos Mayores | Seguro de Vida * | Visión   |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|------------------------|------------------|----------|
| Individual                                                         | \$282.35                 | \$10.00                | \$2.00           | Incluido | \$425.52                 | \$10.00                | \$2.00           | Incluido | \$1,181.20               | Incluido               | \$2.00           | Incluido |
| Pareja                                                             | \$649.10                 | \$22.00                | \$2.00           | Incluido | \$979.43                 | \$22.00                | \$2.00           | Incluido | \$2,204.64               | Incluido               | \$2.00           | Incluido |
| Familiar                                                           | \$811.37                 | \$32.00                | \$2.00           | Incluido | \$1,255.78               | \$32.00                | \$2.00           | Incluido | \$2,773.22               | Incluido               | \$2.00           | Incluido |
| Dependiente opcional menor de 65 años                              | \$685.34                 | \$26.00                | N/A              | Incluido | \$825.97                 | \$26.00                | N/A              | Incluido | \$1,592.04               | \$26.00                | N/A              | Incluido |
| Dependiente opcional mayor o igual de 65 años (sin Medicare A y B) | \$798.93                 | \$43.00                | N/A              | N/A      | \$962.92                 | \$43.00                | N/A              | N/A      | \$1,969.87               | \$43.00                | N/A              | N/A      |
| Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare                   | \$592.30                 | N/A                    | N/A              | N/A      | \$851.66                 | N/A                    | N/A              | N/A      | \$1,474.10               | N/A                    | N/A              | N/A      |

Este documento es para propósitos informativos y no contiene todas las condiciones, beneficios y exclusiones según definidos en su contrato. Para más detalles de la cubierta, refiérase al contrato matriz. En caso de discrepancia entre las partes, deberá referirse al contrato firmado entre First Medical Health Plan, Inc., y el grupo.