

RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2026

EMPLEADO DE GOBIERNO LEY 95

Efectividad: 1 de septiembre de 2026

\$0

COPAGO*

- Hospitalización

Mamografía

Rayos X

Sonografía

CT Scan

Laboratorios

Desintometría Ósea

BENEFICIOS ADICIONALES

- 100% de los Hospitales en Puerto Rico
- Amplia Red de Proveedores (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

Servicio al cliente:

1-888-318-0274

*Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales y Clínicas Metro Pavia.

First

Health CALL

1-866-390-3339

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 el respaldo de médicos “on call”



Efectividad: 1 de septiembre de 2026		EMPLEADO PÚBLICO – LEY 95 – 2026	
COPAGOS / BENEFICIOS PRINCIPALES	CLASSIC ELA - (RUBÍ)	PREMIUM ELA – (RUBÍ)	UNIFORME – (ORO)
Hospitalización	\$0* / \$200.00	\$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%	30%	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 Pavía Health System y los servicios de Metro Pavía Clinic. Visita nuestra página electronica: www.firstmedicalpr.com

Copagos / Coaseguros Farmacia	CLASSIC ELA - (RUBÍ)	PREMIUM ELA - (RUBÍ)	UNIFORME - (ORO)
Deducible Inicial	\$50.00	\$25.00	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 70% 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	25% de coaseguro mínimo \$25.00 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 / Red Especializada en Farmacia	50% de coaseguro	50% de coaseguro	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago
Medicamentos Especializados No Preferidos / Red Especializada en Farmacia	50% de coaseguro	50% de coaseguro	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago
Quimioterapias	30% de coaseguro	30% 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	\$299.00	\$10.00	\$2.00	Incluido	\$472.00	\$10.00	\$2.00	Incluido	\$1,417.44	Incluido	\$2.00	Incluido
Pareja	\$697.33	\$22.00	\$2.00	Incluido	\$1,087.17	\$22.00	\$2.00	Incluido	\$2,645.57	Incluido	\$2.00	Incluido
Familiar	\$871.65	\$32.00	\$2.00	Incluido	\$1,393.92	\$32.00	\$2.00	Incluido	\$3,327.86	Incluido	\$2.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	\$736.26	\$26.00	N/A	Incluido	\$916.83	\$26.00	\$2.00	Incluido	\$1,910.45	\$26.00	N/A	Incluido
Dependiente opcional mayor de 65 años (sin Medicare A y B)	\$858.29	\$43.00	N/A	N/A	\$1,068.84	\$43.00	N/A	N/A	\$2,363.84	\$43.00	N/A	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	\$636.31	N/A	N/A	N/A	\$945.34	N/A	N/A	N/A	\$1,768.92	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.