

MEDICAL CARE

First MEDICAL

HEALTH PLAN, INC.

HEALTH

45 AÑOS
de SALUD

Resumen de Beneficios Plan de Salud Empleado de Gobierno Ley 95 Efectividad: 1ro. de junio de 2022

Selección de Proveedores

Puedes utilizar cualquier proveedor participante dentro de la Red de Proveedores de First Medical sin la necesidad de un referido médico.



Es un servicio gratuito sobre información de salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuenta con profesionales de enfermería bilingüe y médicos licenciados con 3 años o más de experiencia en el campo de la salud. Puedes obtener los siguientes servicios:

- ◆ Apoyo en situaciones imprevistas y de urgencia.
- ◆ Educación al paciente en situaciones de salud.
- ◆ Orientación al paciente sobre su plan médico.
- ◆ Orientación sobre los resultados de estudios de laboratorio.
- ◆ Disponible los 7 días de la semana, 24 horas del día. Comuníquese al **1-866-337-3338**

Página Electrónica - <https://www.firstmedicalpr.com/>

A través de nuestra página electrónica podrás tener acceso a:

- ◆ Directorio de proveedores dentro de la Red de Proveedores de First Medical.
- ◆ Ubicación e información contacto de oficinas de servicio.
- ◆ Obtener información de servicios médicos, procedimientos y medicamentos recetados.

Programa de Ayuda y Acceso al Suscriptor (PAAS) a través de APS-Optimind Mental Health Plan:

Este programa ofrece ayuda al suscriptor y su familia para el manejo de situaciones emocionales enfocado en la rehabilitación y el bienestar emocional. Solo tiene que llamar a través de: **1-877-955-9554**

Copagos/Coaseguros Principales	Uniforme - (Oro)	Premium ELA - (Rubí)	Classic ELA - (Rubí)
Hospitalización	\$75.00 / \$0.00*	\$150.00 / \$50.00*	\$200.00 / \$75.00*
Hospitalización Psiquiátrica	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Hospitalización Psiquiátrica Parcial	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Sala de Emergencia por Enfermedad	\$40.00 / \$0.00*	\$50.00 / \$0.00*	\$75.00 / \$0.00*
Sala de Emergencias por Accidente	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Generalistas	\$8.00	\$12.00	\$15.00
Especialista	\$10.00	\$15.00	\$18.00
Sub-Especialista	\$15.00	\$18.00	\$20.00
Laboratorios y Rayos X	30% / 0%*	35% / 0%*	40% / 0%*
Terapias de Cáncer	0%	20%	20%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	30% / 0%*	35% / 0%*	40% / 0%*
Procedimientos Ambulatorios— Facilidad	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Procedimientos Ambulatorios—Oficina	\$75.00	\$150.00	\$200.00

*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 Clinics. Visita nuestra página electrónica: www.firstmedicalpr.com.

Servicio al Cliente

Contamos con 22 oficinas de Servicio al Cliente para servirle mejor: **1-888-318-0274**

NUESTRO PROGRAMA DE COORDINACIÓN PARA SERVICIOS DE SALUD A DISTANCIA, TE TRAE:



Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Copagos / Coaseguros Farmacia	Uniforme - (Oro)	Premium ELA - (Rubí)	Classic ELA - (Rubí)
Deducible Inicial	No aplica	No aplica	\$50.00
Beneficio anual	\$2,000 por persona cubierta	\$1,750 por persona cubierta	\$1,200 por persona cubierta
Exceso de	\$2,001 en adelante aplica 40% de coaseguro	\$1,751 en adelante aplica 40% de coaseguro	\$1,201 en adelante aplica 40% de coaseguro
Genérico Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$5.00 de copago	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	\$15.00 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	\$15.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$12.00 de copago	20% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	20% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	25% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	25% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago	30% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas	20% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago	30% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago
Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacia	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago	40% de coaseguro	50% de coaseguro
Quimioterapias	0% de coaseguro	20% de coaseguro	20% de coaseguro
Dental	(Incluido)	(Incluido)	(Incluido)
Beneficio máximo de cubierta anual	\$1,000.00	\$750.00	\$500.00
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	0%	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%	0%	0%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	20%	40%	40%
Seguro de Vida (Universal Life Insurance)	(Opcional)	(Opcional)	(Opcional)
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental. (Solo aplica a suscriptor principal menor de 65 años de edad). Beneficio máximo está sujeto a cláusulas y disposiciones que Universal Life establezca.	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00
Cubierta de Visión (Platino II) (Incluida en todas las cubiertas, a través de proveedores contratados por 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, - Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25)	\$18 copago \$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal)	\$18 copago \$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal)	\$18 copago \$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 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
- Medicamento 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

	Cubierta Uniforme - (Oro)				Premium ELA - (Rubí)				Classic ELA - (Rubí)			
	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	\$644.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$262.50	\$14.00	\$3.00	Incluido	\$225.00	\$14.00	\$3.00	Incluido
Pareja	\$1,202.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$612.50	\$20.00	\$3.00	Incluido	\$496.00	\$20.00	\$3.00	Incluido
Familiar	\$1,512.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$792.50	\$30.00	\$3.00	Incluido	\$632.00	\$30.00	\$3.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	\$1,202.00	\$24.00	N/A	Incluido	\$575.50	\$24.00	N/A	Incluido	\$533.50	\$24.00	N/A	Incluido
Dependiente opcional mayor o igual a 65 años (Sin Medicare A y B)	\$1,511.00	\$41.00	N/A	N/A	\$687.50	\$41.00	N/A	N/A	\$638.50	\$41.00	N/A	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	\$1,106.00	N/A	N/A	N/A	\$596.50	N/A	N/A	N/A	\$447.50	N/A	N/A	N/A

Tarifas para Pensionados con Medicare A y B

	Cubierta Uniforme - (Oro)			Premium ELA - (Rubí)			Classic ELA - (Rubí)		
	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Visión
Individual complementaria Medicare	\$1,106.00	N/A	Incluido	\$596.50	N/A	Incluido	\$447.50	N/A	Incluido
Pareja (Uno con complementaria Medicare)	\$2,322.00	\$68.00	Incluido	\$820.50	\$68.00	Incluido	\$711.50	\$68.00	Incluido
Pareja (Ambos con complementaria Medicare)	\$2,096.00	N/A	Incluido	\$1,081.50	N/A	Incluido	\$914.50	N/A	Incluido
Familiar (Uno o más con complementaria Medicare)	\$3,198.00	\$70.00	Incluido	\$1,262.50	\$70.00	Incluido	\$1,106.50	\$70.00	Incluido

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.