



First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.



RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD 2021



Poder Judicial de Puerto Rico



PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO

¡Libre Selección! a través de toda la isla



\$0

Copagos y Coaseguros en
la Mayoría de los Servicios



RESUMEN DE BENEFICIOS

Metro Pavía Health System & Metro Pavía Clinic



- ✓ La red de Hospitales y Clínicas más grande de Puerto Rico y el Caribe.
- ✓ \$0 deducibles en la mayoría de los servicios
 - Sonografía
 - Densitometría Ósea
 - Rayos-X
 - Ct Scan
 - Mamografía
 - Laboratorios (en la mayoría de las pruebas según aplique)
- ✓ Algunos de los servicios que se ofrecen son:
 - Generalistas
 - Pediatras
 - Ginecólogos
 - Servicios de Vacunación
 - Estudios Cardiovasculares
 - Ortopedias Pediátricos
 - Reumatólogo
 - Endocrinólogo
 - Gastroenterología
 - Internistas
- ✓ Recuerda que al utilizar nuestros hospitales de la Red *Metro Pavia Health System* y las clínicas de la Red *Metro Pavia Clinic* en la mayoría de los servicios usted no paga copago o coaseguro.

Visita nuestra página web:

www.firstmedicalpr.com

(Nota: Debe confirmar con las clínicas para citas)

CONTÁCTENOS

Servicio al Cliente: 1-888-318-0274

First Health Call: 1-866-337-3338

Farmacia: 1-844-550-5540

Metro Pavía Clinic (citas): 1-855-380-4380

www.metropaviaclic.com

First Health Call



- ✓ Es un servicio gratuito de información de salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuenta con profesionales de enfermería bilingüe con 3 años o más de experiencia.
- ✓ Puedes obtener los siguientes servicios:
 - Apoyo en situaciones imprevistas y de urgencia.
 - Educación al paciente en situaciones de salud.
 - Orientación sobre los resultados de estudios de laboratorios, rayos-x, medicamentos, entre otros.

Comuníquese al 1-866-337-3338

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:**
 - Coordinación de visitas de consejería, apoyo y psicoterapia (hasta 4 visitas por suscriptor/ por año).
 - Charlas y Boletines periódicos con enfoque psicoeducativo.
 - Manejo de Crisis.
 - Apoyo en casos de emergencias y vía telefónica 24/7.
 - Red de Proveedores a través de toda la isla.

BENEFICIOS	CLASSIC (RUBÍ)	PREMIUM I (RUBÍ)	PREMIUM II (ORO)
Servicios Preventivos <ul style="list-style-type: none"> Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual. Prueba de Detección del Virus del Papiloma Humano (HPV). Consejería y Laboratorios Clínicos Sobre el VIH. Salud Preventiva para la Mujer. 	\$0	\$0	\$0
Cuidado de la Maternidad <ul style="list-style-type: none"> Equipo de Lactancia manual (no incluye los suplidos). Apoyo y Consejería sobre la Lactancia. Examen de Diabetes Gestacional. Consejería en Violencia Doméstica e interpersonal. 	\$0	\$0	\$0
Planificación Familiar <ul style="list-style-type: none"> Métodos contraceptivos orales Vasectomía Esterilización Femenina Ambulatorio 	\$0 Aplica copago/coaseguro Cubierto al 100%.	\$0 Aplica copago/coaseguro Cubierto al 100%.	\$0 Aplica copago/coaseguro Cubierto al 100%.
Vacunas Preventivas – aplican protocolos	\$0	\$0	\$0
Visitas Médicas Fuera del Hogar <ul style="list-style-type: none"> Generalista Especialista – Médico Familiar/ Ginecólogo/ Pediatra/ Internista/ Psicólogo/ Psiquiatra/ Podiatra/ Nutricionista/ Quiropráctico/ Trabajador Social Subespecialista 	\$12 \$18 \$18	\$12 \$15 \$18	\$10 \$10 \$15
Laboratorios y Pruebas Diagnósticas Especializadas <ul style="list-style-type: none"> Laboratorios Rayos X CT Scan/ MRI/ MRA – Requiere preautorización. 	40%/0%* 35%/0%* 35%/0%* CT Scan - Uno (1) por región anatómica, por año contrato. MRI/MRA - Uno (1) por región anatómica, por año contrato.	35%/0%* 30%/0%* 30%/0%* CT Scan - Uno (1) por región anatómica, por año contrato. MRI/MRA - Uno (1) por región anatómica, por año contrato.	30%/0%* 25%/0%* 25%/0%* CT Scan - Uno (1) por región anatómica, por año contrato. MRI/MRA - Uno (1) por región anatómica, por año contrato.
Procedimientos Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> En facilidad En Oficina 	\$150 \$150	\$150 \$150	\$50 \$50
Terapias <ul style="list-style-type: none"> Terapias Físicas, Ocupacional y Rehabilitación Terapias del Habla Terapias Respiratorias Terapias de Cáncer Manipulaciones Quiroprácticas 	\$12 \$12 \$12 20% \$12	\$10 \$10 \$10 20% \$10	\$7 \$7 \$7 0% \$7
Hospitalización	\$150/\$0*/\$0**	\$150/\$0*/\$0**	\$50/\$0*/\$0**

*Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales Hima, Hospitales y Clínicas Metro Pavía.

**Cuando el servicio sea prestado en Manatí Medical Center y Mayagüez Medical Center.

BENEFICIOS	CLASSIC (RUBÍ)	PREMIUM I (RUBÍ)	PREMIUM II (ORO)
Hospitalización Psiquiátrica	\$150	\$150	\$50
Hospitalización Psiquiátrica parcial	\$75	\$75	\$25
Sala de Emergencias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por Enfermedad ▪ Por Accidente <p>*Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales Hima, Hospitales y Clínicas Metro Pavía. **Cuando el servicio sea prestado en Manatí Medical Center y Mayagüez Medical Center.</p>	\$75/\$0* \$0	\$50/\$0* \$0	\$40/\$0* \$0
Cubierta de Farmacia (F-12) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beneficio Máximo por Persona ▪ Copago luego del beneficio máximo ▪ Bioequivalente Preferidos ▪ Bioequivalentes No Preferidos ▪ Marca Preferida ▪ Marca No Preferida ▪ Especializados Preferidos ▪ Especializados No Preferidos ▪ Los medicamentos no están cubiertos si el costo es menor de: ▪ Quimioterapias ▪ Repeticiones Máximas por receta Programa de Medicamentos de Mantenimiento - 90 días <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bioequivalentes Preferidos ▪ Bioequivalentes No Preferidos ▪ Marca Preferida ▪ Marca No Preferida 	\$1,500 40% \$15.00 \$15.00 20% mín. \$20.00 25% mín. \$25.00 40% 40% \$10.00 20% 5 Suplido 90 días \$30.00 \$30.00 \$40.00 \$50.00	\$2,500 40% 10% mín. \$10.00 10% mín. \$15.00 20% mín. \$15.00 25% mín. \$15.00 30% 40% \$10.00 20% 5 Suplido 90 días \$20.00 \$30.00 \$30.00 \$30.00	Sin límite No Aplica 10% mín. \$10.00 10% mín. \$10.00 10% mín. \$12.00 15% mín. \$15.00 40% 40% \$10.00 0% 5 Suplido 90 días \$20.00 \$20.00 \$24.00 \$30.00
Cubierta de Visión** (Platino II) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen de la vista (Refracción) (1 cada 12 meses). ▪ Un (1) par de espejuelos (lentes y monturas) para menores de (21) años cada (12) meses. ▪ Una (1) montura de espejuelos de la colección <i>Preferred</i> (cada 12 meses). ▪ <i>Single Vision</i> y <i>Tri-focal</i> (FT x 25). ▪ <i>Bi-focal</i> (FT.25 - FT-28). ▪ Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla). ▪ Lentes con Tintes Recetados: Verde sólido, gris, marrón. Incluye uno (1). ▪ Protección Ultra-Violeta y Tratamiento Anti-Rayazos. ▪ Lentes de Contacto - Un (1) par cada doce (12) meses, en vez de espejuelos. El fabricante (marca) de los lentes de contacto será determinado por <i>Ivision International Inc.</i> ▪ Desechables - Dos (2) cajas ▪ Medicamento Necesarios ▪ Proveedor de Servicio 	\$10 \$10 \$18 \$18 \$20 \$20 \$10 \$16 CUBIERTO \$36 \$36 <i>Ivision International</i>	\$10 \$10 \$18 \$18 \$20 \$20 \$10 \$16 CUBIERTO \$36 \$36 <i>Ivision International</i>	\$10 \$10 \$18 \$18 \$20 \$20 \$10 \$16 CUBIERTO \$36 \$36 <i>Ivision International</i>
**Espejuelos o lentes hasta un máximo de \$100.00 cada 1 año por reembolso.			

BENEFICIOS	CLASSIC (RUBÍ)	PREMIUM I (RUBÍ)	PREMIUM II (ORO)
Dental (D-07)			
Beneficio Máximo Cubierta Dental	\$750	\$1,750	\$2,000
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	0%	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	20%	20%	20%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	40%	40%	40%
Prótesis Fija	40%	40%	40%
Prótesis Removible	40%	40%	40%
Ortodoncia – Beneficio máximo de \$1,000 por persona, hasta los 19 años de edad. A través de reembolso.	No Aplica	No Aplica	50%

TARIFAS 2021

Classic (RUBÍ)			
Básica Classic, Dental (D-07), Farmacia (F-12), Visión-Platino II, Connect Assistance: Asistencia en Carretera		Gastos Médicos Mayores (Opcional)	Seguro de Vida (Opcional)
INDIVIDUAL	\$190.00	\$14.00	\$3.00
PAREJA	\$434.80	\$20.00	\$3.00
FAMILIAR	\$553.31	\$30.00	\$3.00

Premium I (RUBÍ)			
Básica Premium, Dental (D-07), Farmacia (F-12), Visión-Platino II, Connect Assistance: Asistencia en Carretera y Viajero		Gastos Médicos Mayores (Opcional)	Seguro de Vida (Opcional)
INDIVIDUAL	\$203.00	\$14.00	\$3.00
PAREJA	\$473.60	\$20.00	\$3.00
FAMILIAR	\$602.17	\$30.00	\$3.00


TARIFAS 2021

Premium II (ORO)	
Básica Premium, Dental (D-07), Farmacia (F-11), Gastos Médicos Mayores, Visión-Platino II, Seguro de Vida, Connect Assistance: Asistencia en Carretera y Viajero	
INDIVIDUAL	\$300.00
PAREJA	\$599.00
FAMILIAR	\$705.00



Poder Judicial de Puerto Rico

Teléfonos Exclusivos de Servicio:

 **787-650-1618**
1-833-222-3962

Página Web Inscripción:

www.ramajudicialplangrupal.com

Email: suscripcion@ramajudicialplangrupal.com



787-771-8484