Servidor Público y Pensionado de Gobierno

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Guía Ley 95 2025

Classic Ela Rubí, Premium Ela Rubí y Uniforme Oro

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2025
EMPLEADO DE GOBIERNO LEY 95
Efectividad: 1 de septiembre de 2025

BENEFICIOS ADICIONALES A LOS SUSCRIPTORES:

48 AÑOS DE SALUD

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

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).

APSHealth.

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:

Efectividad: 1 de septiembre de 2025 — EMPLEADO PÚBLICO – LEY 95 – 2025

COPAGOS / BENEFICIOS PRINCIPALES	CLASSIC ELA - (RUBÍ)
Hospitalización	$0* / $150.00
Hospitalización Psiquiátrica	$200.00
Hospitalización Psiquiátrica Parcial	$200.00
Sala de Emergencia por Enfermedad	$75.00
Sala de Emergencias por Accidente	$0.00
Generalistas	$0* / $15.00
Especialista	$0* / $18.00
Sub-Especialista	$20.00
Laboratorios y Rayos X	0%* / 50%
Terapias de Cáncer	30%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	50%
Procedimientos Ambulatorios – Facilidad	$200.00
Procedimientos Ambulatorios – Oficina	$200.00
Sonograma	0%* / 50%
*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 electrónica: www.firsthmedicalpr.com

Copagos / Coaseguros Farmacia	CLASSIC ELA - (RUBÍ)
Deducible Inicial	$50.00
Beneficio anual	$1,000 por persona cubierta
Exceso de	$1,001 en adelante aplica 70% de coaseguro
Genérico Farmacias Preferidas	$12 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	$15 de copago
Marca Preferida / Farmacias Preferidas	25% de coaseguro mínimo $25.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias No Preferidas	30% de coaseguro mínimo $30.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias Preferidas	35% de coaseguro mínimo $35.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas	40% de coaseguro mínimo $40.00 de copago
Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias	50% de coaseguro
Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacias	50% de coaseguro
Quimioterapias	30% de coaseguro
Dental	**(INCLUIDO)**
Beneficio máximo de cubierta anual	$500.00
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%
Restaurativo Menor	20%
Restaurativo Mayor	40%
Seguro de Vida (Universal Life Insurance)	**(OPCIONAL)**
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental	$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
Montura de la Colección Preferred - (1 montura cada 12 meses)	$18 copago
Un par de Lentes de Visión Sencilla,	$18 copago
- Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25) $20	$20 (Bifocal) / $18 (Trifocal)
- Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	$20 copago
Lentes de Contacto (en vez de espejuelos) Sujeto a cláusulas y disposiciones de I Vision International	$36 copago
- Blandos Diarios	$36 copago
- Blandos Extendidos	$36 copago
- Desechables (dos (2) cajas)	$36 copago
- Médicamente Necesarios (Uso diario, extendido o desechable)	$36 copago
Montura fuera de la Colección Preferred	20% de descuento

Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B

CLASSIC ELA - RUBÍ

	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Visión
Individual	$282.35	$10.00	$2.00	Incluido
Pareja	$649.10	$22.00	$2.00	Incluido
Familiar	$811.37	$32.00	$2.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	$685.34	$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
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	$592.30	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.

FM-COM_MKT_25.40_17_5

Accede el enlace para descargar.

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2025
EMPLEADO DE GOBIERNO LEY 95
Efectividad: 1 de septiembre de 2025

BENEFICIOS ADICIONALES A LOS SUSCRIPTORES:

48 AÑOS DE SALUD

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

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).

APSHealth.

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:

Efectividad: 1 de septiembre de 2025 — EMPLEADO PÚBLICO – LEY 95 – 2025

COPAGOS / BENEFICIOS PRINCIPALES	PREMIUM ELA – (RUBÍ)
Hospitalización	$0* / $150.00
Hospitalización Psiquiátrica	$150.00
Hospitalización Psiquiátrica Parcial	$150.00
Sala de Emergencia por Enfermedad	$50.00
Sala de Emergencias por Accidente	$0.00
Generalistas	$0* / $12.00
Especialista	$0* / $15.00
Sub-Especialista	$18.00
Laboratorios y Rayos X	0%* / 35%
Terapias de Cáncer	20%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	40%
Procedimientos Ambulatorios – Facilidad	$150.00
Procedimientos Ambulatorios – Oficina	$150.00
Sonograma	0%* / 40%
*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 electrónica: www.firstmedicalpr.com

Copagos / Coaseguros Farmacia	PREMIUM ELA – (RUBÍ)
Deducible Inicial	No Aplica
Beneficio anual	$1,750 por persona cubierta
Exceso de	$1,751 en adelante aplica 50% de coaseguro
Genérico Farmacias Preferidas	$10.00 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	$12.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias Preferidas	20% de coaseguro mínimo $15.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias No Preferidas	25% de coaseguro mínimo $25.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias Preferidas	30% de coaseguro mínimo $30.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas	30% de coaseguro mínimo $30.00 de copago
Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias	50% de coaseguro
Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacias	50% de coaseguro
Quimioterapias	20% de coaseguro
Dental	**(INCLUIDO)**
Beneficio máximo de cubierta anual	$750.00
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%
Restaurativo Menor	20%
Restaurativo Mayor	40%
Seguro de Vida (Universal Life Insurance)	**(OPCIONAL)**
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental	$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
Montura de la Colección Preferred - (1 montura cada 12 meses)	$18 copago
Un par de Lentes de Visión Sencilla,	$18 copago
- Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25) $20	$20 (Bifocal) / $18 (Trifocal)
- Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	$20 copago
Lentes de Contacto (en vez de espejuelos) Sujeto a cláusulas y disposiciones de I Vision International	$36 copago
- Blandos Diarios	$36 copago
- Blandos Extendidos	$36 copago
- Desechables (dos (2) cajas)	$36 copago
- Médicamente Necesarios (Uso diario, extendido o desechable)	$36 copago
Montura fuera de la Colección Preferred	20% de descuento

Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B	PREMIUM ELA - RUBÍ			
	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Visión
Individual	$425.52	$10.00	$2.00	Incluido
Pareja	$979.43	$22.00	$2.00	Incluido
Familiar	$1,255.78	$32.00	$2.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	$825.97	$26.00	N/A	Incluido
Dependiente opcional mayor o igual de 65 años (sin Medicare A y B)	$962.92	$43.00	N/A	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	$851.66	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 mas 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.

FM-COM_MKT_25.40_17_5

Accede el enlace para descargar.

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2025
EMPLEADO DE GOBIERNO LEY 95
Efectividad: 1 de septiembre de 2025

BENEFICIOS ADICIONALES A LOS SUSCRIPTORES:

48 AÑOS DE SALUD

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

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).

APSHealth.

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:

Efectividad: 1 de septiembre de 2025 — EMPLEADO PÚBLICO – LEY 95 – 2025

COPAGOS / BENEFICIOS PRINCIPALES	UNIFORME - (ORO)
Hospitalización	$75.00
Hospitalización Psiquiátrica	$75.00
Hospitalización Psiquiátrica Parcial	$75.00
Sala de Emergencia por Enfermedad	$40.00
Sala de Emergencias por Accidente	$0.00
Generalistas	$8.00
Especialista	0 0 . 0 1 $
Sub-Especialista	$15.00
Laboratorios y Rayos X	30%
Terapias de Cáncer	0%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	30%
Procedimientos Ambulatorios – Facilidad	$75.00
Procedimientos Ambulatorios – Oficina	$75.00
Sonograma	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 electrónica: www.firstmedicalpr.com

Copagos / Coaseguros Farmacia	UNIFORME - (ORO)
Deducible Inicial	No Aplica
Beneficio anual	$2,000 por persona cubierta
Exceso de	$2,001 en adelante aplica 40% de coaseguro
Genérico Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo $5.00 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo $10.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo $12.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo $15.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo $20.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas	20% de coaseguro mínimo $25.00 de copago
Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias	30% de coaseguro máximo $200.00 de copago
Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacias	30% de coaseguro máximo $200.00 de copago
Quimioterapias	0% de coaseguro
Dental	**(INCLUIDO)**
Beneficio máximo de cubierta anual	$1,000.00
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%
Restaurativo Menor	20%
Restaurativo Mayor	20%
Seguro de Vida (Universal Life Insurance)	**(OPCIONAL)**
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental	$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
Montura de la Colección Preferred - (1 montura cada 12 meses)	$18 copago
Un par de Lentes de Visión Sencilla,	$18 copago
- Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25) $20	$20 (Bifocal) / $18 (Trifocal)
- Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	$20 copago
Lentes de Contacto (en vez de espejuelos) Sujeto a cláusulas y disposiciones de I Vision International	$36 copago
- Blandos Diarios	$36 copago
- Blandos Extendidos	$36 copago
- Desechables (dos (2) cajas)	$36 copago
- Médicamente Necesarios (Uso diario, extendido o desechable)	$36 copago
Montura fuera de la Colección Preferred	20% de descuento
Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B	

	UNIFROME - ORO			
	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Visión
Individual	$1,181.20	Incluido	$2.00	Incluido
Pareja	$2,204.64	Incluido	$2.00	Incluido
Familiar	$2,773.22	Incluido	$2.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	$1,592.04	$26.00	N/A	Incluido
Dependiente opcional mayor o igual de 65 años (sin Medicare A y B)	$1,969.67	$43.00	N/A	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	$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 mas 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.

FM-COM_MKT_25.40_17_5

Accede el enlace para descargar.

Cubierta de Beneficios

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

CUBIERTA DE BENEFICIOS 2025

CLASSIC ELA - RUBÍ

PREMIUM ELA - RUBÍ

UNIFORME - ORO

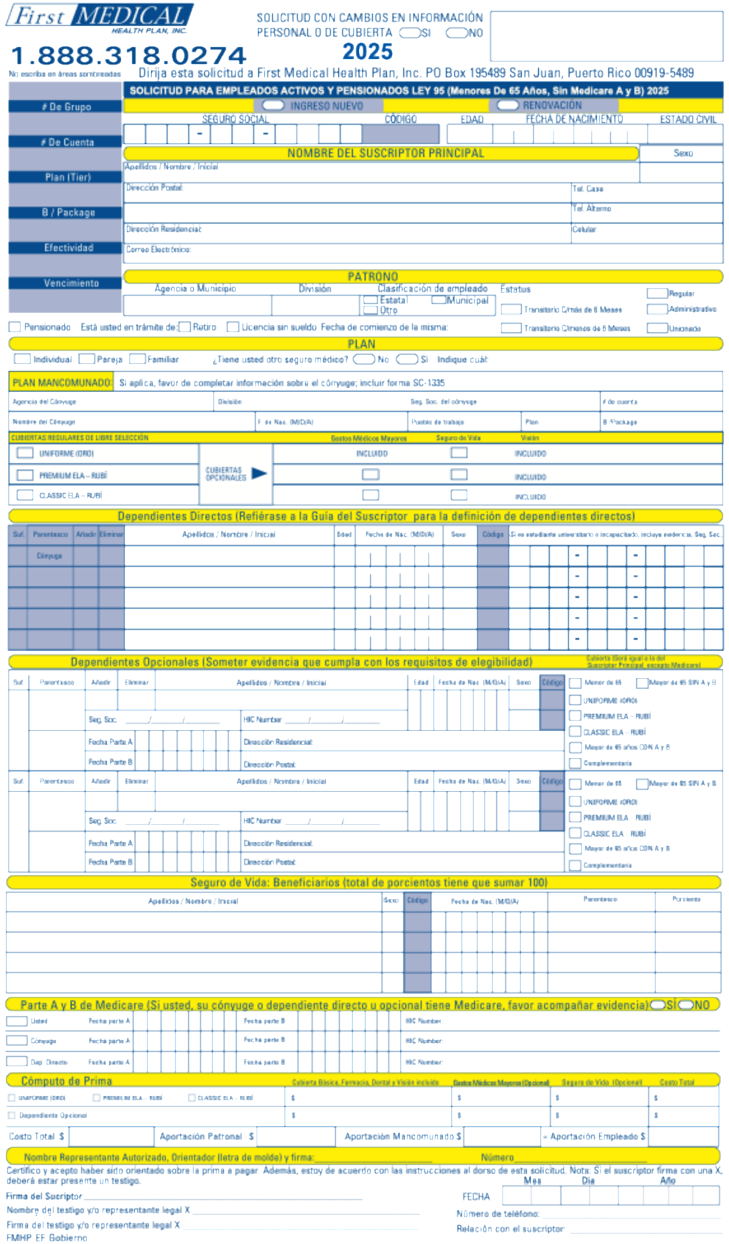
CONFIABILIDAD • ACCESIBILIDAD
ECONOMÍA • SEGURIDAD • PRESTIGIO
SOLIDEZ • SERVICIO • CALIDAD

48 AÑOS DE SALUD

ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Accede el enlace para descargar.

Solicitud de Ingreso



First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

1.888.318.0274

SOLICITUD CON CAMBIOS EN INFORMACIÓN PERSONAL O DE CUBIERTA ( )SI ( )NO

2025

No escriba en áreas sombreadas

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc. PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489

SOLICITUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS LEY 95 (Menores De 65 Años, Sin Medicare A y B) 2025

De Grupo | # De Cuenta | Plan (Tier) | B / Package | Efectividad | Vencimiento

( ) INGRESO NUEVO ( ) RENOVACIÓN

SEGURO SOCIAL | CÓDIGO | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | ESTADO CIVIL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL | Sexo

Apellidos / Nombre / Inicial

Dirección Postal: | Tel. Casa | Tel. Alterno

Dirección Residencial: | Celular

Correo Electrónico:

PATRONO

Agencia o Municipio | División | Clasificación de empleado: Estatal, Municipal, Otro | Estatus: Transitorio C/más de 6 Meses, Transitorio C/menos de 6 Meses | Regular, Administrativo, Unionado

Pensionado Está usted en trámite de: Retiro Licencia sin sueldo Fecha de comienzo de la misma:

PLAN

Individual Pareja Familiar ¿Tiene usted otro seguro médico? ( )No ( )Sí Indique cuál:

PLAN MANCOMUNADO: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge; incluir forma SC-1335

Agencia del Cónyuge | División | Seg. Soc. del cónyuge | # de cuenta

Nombre del Cónyuge | F. de Nac. (M/D/A) | Pueblo de trabajo | Plan | B /Package

CUBIERTAS REGULARES DE LIBRE SELECCIÓN		Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida	Visión
UNIFORME (ORO)	CUBIERTAS OPCIONALES	INCLUIDO		INCLUIDO
PREMIUM ELA – RUBÍ				INCLUIDO
CLASSIC ELA – RUBÍ				INCLUIDO

Dependientes Directos (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos)

Suf.	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellidos / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Código	Si es estudiante universitario o incapacitado, incluya evidencia. Seg. Soc.
	Cónyuge								- -
									- -
									- -
									- -
									- -

Dependientes Opcionales (Someter evidencia que cumpla con los requisitos de elegibilidad) Cubierta (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)

Suf. | Parentesco | Añadir | Eliminar | Apellidos / Nombre / Inicial | Edad | Fecha de Nac. (M/D/A) | Sexo | Código | Menor de 65 | Mayor de 65 SIN A y B

Seg. Soc. ___/___/___ | HIC Number ___/___/___ | UNIFORME (ORO) | PREMIUM ELA – RUBÍ | CLASSIC ELA – RUBÍ

Fecha Parte A | Dirección Residencial | Mayor de 65 años CON A y B

Fecha Parte B | Dirección Postal | Complementaria

Suf. | Parentesco | Añadir | Eliminar | Apellidos / Nombre / Inicial | Edad | Fecha de Nac. (M/D/A) | Sexo | Código | Menor de 65 | Mayor de 65 SIN A y B

Seg. Soc. ___/___/___ | HIC Number ___/___/___ | UNIFORME (ORO) | PREMIUM ELA – RUBÍ | CLASSIC ELA – RUBÍ

Fecha Parte A | Dirección Residencial | Mayor de 65 años CON A y B

Fecha Parte B | Dirección Postal | Complementaria

Seguro de Vida: Beneficiarios (total de porcientos tiene que sumar 100)

Apellidos / Nombre / Inicial	Sexo	Código	Fecha de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porciento

Parte A y B de Medicare (Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene Medicare, favor acompañar evidencia) ( )SÍ ( )NO

Usted Fecha parte A | Fecha parte B | HIC Number:

Cónyuge Fecha parte A | Fecha parte B | HIC Number:

Dep. Directo Fecha parte A | Fecha parte B | HIC Number:

Cómputo de Prima

	Cubierta Básica, Farmacia, Dental y Visión incluida	Gastos Médicos Mayores (Opcional)	Seguro de Vida (Opcional)	Costo Total
UNIFORME (ORO) PREMIUM ELA – RUBÍ CLASSIC ELA – RUBÍ	$	$	$	$
Dependiente Opcional	$	$	$	$

Costo Total $ | Aportación Patronal $ | Aportación Mancomunado $ | = Aportación Empleado $

Nombre Representante Autorizado, Orientador (letra de molde) y firma:__________ Número__________

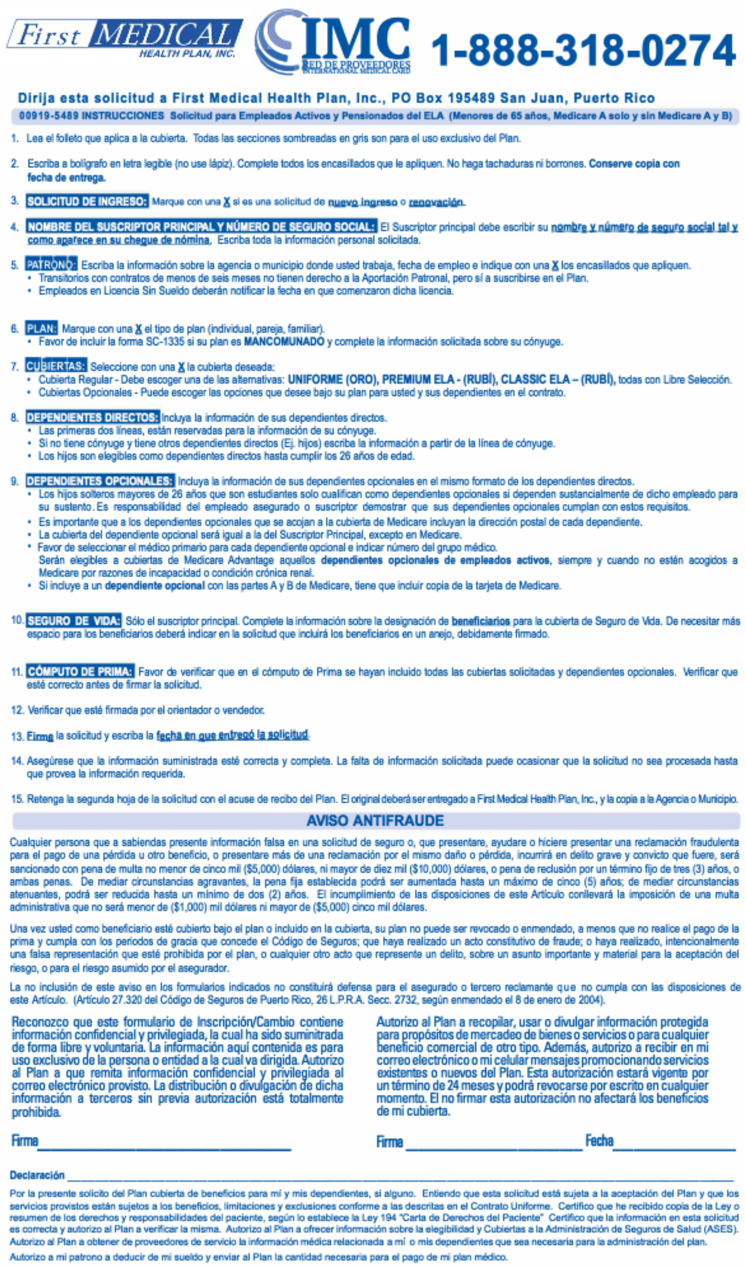
Certifico y acepto haber sido orientado sobre la prima a pagar. Además, estoy de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un testigo.

Firma del Sucriptor __________ FECHA Mes Día Año

Nombre del testigo y/o representante legal X __________ Número de teléfono:

Firma del testigo y/o representante legal X __________ Relación con el suscriptor:

FMHP EF Gobierno



First MEDICAL HEALTH PLAN, INC. IMC RED DE PROVEEDORES INTERNATIONAL MEDICAL CARD 1-888-318-0274

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc., PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489 INSTRUCCIONES Solicitud para Empleados Activos y Pensionados del ELA (Menores de 65 años, Medicare A solo y sin Medicare A y B)

1. Lea el folleto que aplica a la cubierta. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba a bolígrafo en letra legible (no use lápiz). Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. **Conserve copia con fecha de entrega.**
3. **SOLICITUD DE INGRESO:** Marque con una X si es una solicitud de nuevo ingreso o renovación.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** El Suscriptor principal debe escribir su nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina. Escriba toda la información personal solicitada.
5. **PATRONO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con una X los encasillados que apliquen.
   - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero sí a suscribirse en el Plan.
   - Empleados en Licencia Sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia.
6. **PLAN:** Marque con una X el tipo de plan (individual, pareja, familiar).
   - Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge.
7. **CUBIERTAS:** Seleccione con una X la cubierta deseada:
   - Cubierta Regular - Debe escoger una de las alternativas: **UNIFORME (ORO), PREMIUM ELA - (RUBÍ), CLASSIC ELA – (RUBÍ),** todas con Libre Selección.
   - Cubiertas Opcionales - Puede escoger las opciones que desee bajo su plan para usted y sus dependientes en el contrato.
8. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
   - Las primeras dos líneas, están reservadas para la información de su cónyuge.
   - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (Ej. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge.
   - Los hijos son elegibles como dependientes directos hasta cumplir los 26 años de edad.
9. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos.
   - Los hijos solteros mayores de 26 años que son estudiantes solo cualifican como dependientes opcionales si dependen sustancialmente de dicho empleado para su sustento. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos.
   - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
   - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
   - Favor de seleccionar el médico primario para cada dependiente opcional e indicar número del grupo médico. Serán elegibles a cubiertas de Medicare Advantage aquellos **dependientes opcionales de empleados activos**, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
   - Si incluye a un **dependiente opcional** con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
10. **SEGURO DE VIDA:** Sólo el suscriptor principal. Complete la información sobre la designación de beneficiarios para la cubierta de Seguro de Vida. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
11. **CÓMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de Prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas y dependientes opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
12. Verificar que esté firmada por el orientador o vendedor.
13. Firme la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.
14. Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.
15. Retenga la segunda hoja de la solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a First Medical Health Plan, Inc., y la copia a la Agencia o Municipio.

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil ($5,000) dólares, ni mayor de diez mil ($10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de ($1,000) mil dólares ni mayor de ($5,000) cinco mil dólares.

Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los periodos de gracia que concede el Código de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. Secc. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria. La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Autorizo al Plan a que remita información confidencial y privilegiada al correo electrónico provisto. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.

Firma __________

Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. Además, autorizo a recibir en mi correo electrónico o mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.

Firma __________ Fecha __________

Declaración __________

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 "Carta de Derechos del Paciente" Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas a la Administración de Seguros de Salud (ASES). Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada a mí o mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico.

Accede el enlace para descargar.

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Tarifas

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

RENUEVA O INGRESA AHORA
1.888.318.0274

48 AÑOS DE SALUD

EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS SIN MEDICARE A Y B - 2025

Basado en Tarifas Mensuales sin Descontar la Aportación Patronal

Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B

▶ UNIFORME - (ORO)

		CUBIERTAS OPCIONALES		
	Básica + Dental + Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Plan de Visión
Individual				INCLUÍDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja				
Familiar				
Dependiente Opcional menor de 65 años				
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)				
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare				

▶ PREMIUM ELA - (RUBÍ)

		CUBIERTAS OPCIONALES		
	Básica + Dental + Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Plan de Visión
Individual				INCLUÍDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja				
Familiar				
Dependiente Opcional menor de 65 años				
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)				
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare				

▶ CLASSIC ELA - (RUBÍ)

		CUBIERTAS OPCIONALES		
	Básica + Dental + Farmacia	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida*	Plan de Visión
Individual				INCLUÍDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja				
Familiar				
Dependiente Opcional menor de 65 años				
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)				
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare				

*Aplica solo al suscriptor principal. Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2025

Anuncio Autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico

¡ESTAMOS PARA SERVIRTE! ... porque con First Medical siempre serás primero. **1.888.318.0274** RENUEVA O INGRESA AHORA www.firstmedicalpr.com

Accede el enlace para descargar.

Valores Añadidos

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

TE TRAE:

FM HEALTH•LINK

PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A DISTANCIA

First Medical Health Plan, Inc., ("First Medical") ofrece un servicio de entrega de medicamentos recetados a sus suscriptores en alianza con Aliva Home Delivery, una farmacia privada debidamente licenciada en Puerto Rico. Este servicio es opcional. Los suscriptores de First Medical tienen la libertad de escoger el proveedor de farmacia de su preferencia. Para un directorio completo de las más de 1,100 farmacias participantes de la red de First Medical que también podrían ofrecer servicios a domicilio, favor acceder a: http://www.firstmedicalpr.com.

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
ONLINE

ACCEDE A TU PLAN MÉDICO

24 horas, los 7 días a la semana

ANDROID APP ON Google play

Download on the App Store

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

First Medical Móvil App

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
¡Quédate con First Medical,
el Plan Que Te Da Más!
$0 COPAGO
EN LA MAYORÍA DE
LOS SERVICIOS
• $0 Hospitalización
• $0 CT Scan**
• $0 Mamografía
• $0 Laboratorio***
• $0 Rayos X
• $0 Sonografía
• $0 Sala de Emergencia
• $0 Densitometría Ósea
Afiliado a:
METRO PAVIA HEALTH SYSTEM
MPC METRO PAVIA CLINIC
HOPE MEDICAL CENTER
SISTEMA DE SALUD Wilma N. Vázquez
48 AÑOS DE SALUD
1-888-801-0801
*Aplica deducible **Se paga por radiofármaco si es requerido, en caso de CT Scan ***En la mayoría de las pruebas, según aplique

HOSPITALES

Afiliada a: METRO PAVIA HEALTH SYSTEM

$0 COPAGO/COASEGURO EN LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS

• Hospitalización • Sonografía • Densitometría Ósea
• Rayos X • CT Scan • Mamografía • Laboratorio*

Beneficios que aplican según la Cubierta Seleccionada

HOSPITAL PAVIA, ARECIBO
787-650-7272
$0 en: Rayos X / Hospitalización / CT Scan** Sonografía / Laboratorios*** / Medicina Nuclear**

HOSPITAL METROPOLITANO DR. SUSONI, ARECIBO
787-650-1030
$0 en: Hospitalización / Laboratorios*** / Rayos X Sonografía / CT Scan** / Medicina Nuclear**

HOSPITAL METROPOLITANO, CABO ROJO
787-851-2025
787-851-2025 ext. 229 o 230 | Orientación y Ayuda 787-851-0833
HOSPITAL 100% DE SALUD MENTAL

HOSPITAL PAVIA, CAGUAS
787-653-3434
$0 en: Hospitalización / CT Scan** / Sonografía Densitometría Ósea / Rayos X / Laboratorios*** Mamografía

HOSPITAL PAVIA, HATO REY
787-641-2323
HOSPITAL 100% DE SALUD MENTAL
Sala Estabilizadora 24/7 / Clínica de Medicina Conductual para Adultos / Evaluación Psicológica y Psiquiátrica
Línea de ayuda: 787-545-8008

HOSPITAL PEREA, MAYAGÜEZ
787-834-0101
$0 en: Hospitalización/ Laboratorios*** / Rayos X Sonografía / Densitometría Ósea / Mamografía Digital CT Scan** / Medicina Nuclear**

HOSPITAL SAN FRANCISCO, RÍO PIEDRAS
787-767-5100
$0 en: Hospitalización / Laboratorios*** / Rayos X Mamografía / Sonomamografía / CT Scan** / Cirugía ambulatoria*
VISITA NUESTRA FARMACIA DENTRO DEL HOSPITAL

HOSPITAL METROPOLITANO, SAN GERMÁN
787-892-5300
$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización Laboratorios***/ Rayos X / Mamografía / Sonografía CT Scan** / Eco Doppler

HOSPITAL METROPOLITANO, SAN JUAN
787-782-9999
$0 en: Hospitalización/ Laboratorios*** / Rayos X Sonografía / Mamografía/ Densitometría Ósea CT Scan** / Medicina Nuclear** / Endoscopia Cirugía Ambulatoria*
VISITA NUESTRA FARMACIA DENTRO DEL HOSPITAL

HOSPITAL PAVIA, SANTURCE
787-641-1616
$0 en: Hospitalización/ Laboratorios*** / Rayos X Sonografía / Mamografía Digital / Densitometría Ósea CT Scan** / Medicina Nuclear** Cirugía Ambulatoria*

HOSPITAL METROPOLITANO DR. PILA, PONCE
787-848-5600
$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización Laboratorios*** / Laboratorio Vascular / Rayos X Mamografía / Sonomamografía / Densitometría Ósea CT Scan** / EKG

HOSPITAL METROPOLITANO DE LA MONTAÑA, UTUADO
787-933-1100
HOSPITAL 100% DE SALUD MENTAL

HOSPITAL PAVIA, YAUCO
787-856-1000
$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización Hospitalización Psiquiátrica / Laboratorios*** / Rayos X Mamografías / Sonografía / Densitometría Ósea CT Scan** / Medicina Nuclear** Terapia Respiratoria

NUEVAS FACILIDADES Y SERVICIOS

HOPE MEDICAL CENTER

HOSPITAL HOPE MEDICAL CENTER, HUMACAO
787-656-2424
$0 en: Hospitalización / CT Scan Densitometría
Pronto: MRI* y Mamografías

HOSPITAL WILMA N. VÁZQUEZ, VEGA BAJA
787-858-1580
$0 en: Hospitalización / Laboratorios*** Rayos X / Mamografía / Sonografía / CT Scan**

*Aplica deducible **Se paga por radiofármaco si es requerido, en caso de CT Scan ***En la mayoría de las pruebas, según aplique

Rev. 13/mayo/2025

CLÍNICAS AFILIADAS

MPC METRO PAVIA CLINIC

METRO PAVIA CLINIC, AGUADILLA
787-296-9778
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X Sonografía / Mamografía / EKG / Cirugía General Endocrinología / Medicina Interna / Quiropráctico

METRO PAVIA CLINIC, ARECIBO
787-650-0018 / 650-0020
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X EKG / Sonografía / CT Scan / MRI / Mamografía Digital Alergista** / Cirugía Ambulatoria / Cirugía General** Dermatología / Generalista / Ginecología / Medicina Interna** / Oftalmología** / Endocrinología / Reumatología Quiropráctico** / Ortopedia**
Centro Multidisciplinario Manejo de Diabetes
Educador en Salud / Endocrinología / Medicina Familiar Nutrición / Trabajador Social

METRO PAVIA CLINIC, BAYAMÓN
787-787-2387 / 787-300-2815
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X EKG / Sonografía / Mamografía Digital / Dermatología Ginecología / Cirujano General / Endocrinología Reumatología / Neurología / Cirujano de Manos

METRO PAVIA CLINIC, BELLA VISTA, BAYAMÓN
787-665-0200
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X Dermatología / Endocrinología / EKG / Quiropráctico
Centro Multidisciplinario Manejo de Diabetes
Educador en Salud / Endocrinología / Medicina Familiar Nutrición / Trabajador Social

METRO PAVIA CLINIC, CAROLINA
787-993-4990
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X Sonografía / CT Scan / EKG / Generalista / Cirugía General Gastroenterología / Ginecología / Mamografía Digital Ortopedia Adulto y Pediátrico Quiropráctico Reumatología / Endocrinología / Cirujano Ortopeda Densitometría Ósea / Quiropráctico
Centro Multidisciplinario Manejo de Diabetes
Educador en Salud / Endocrinología / Medicina Familiar Nutrición / Trabajador Social

METRO PAVIA CLINIC, CAGUAS
787-746-2606
$0 en: Sonografía / EKG / Generalista Dermatología / Endocrinología / Ginecología Quiropráctico / Reumatología / Neurología

METRO PAVIA CLINIC, FAJARDO
787-534-8905
$0 en: Generalista / Ginecología / Quiropráctico Reumatología / Endocrinología

METRO PAVIA CLINIC, GUAYAMA
787-592-7180
$0 en: Laboratorio* / Mamografía / Quiropráctico / Sonografía / Clínica de EKG / Endocrinología / Neurología Pediátrica Ginecología

METRO PAVIA CLINIC, HATO REY
787-641-3052 / 787-759-6389
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X Alergista* / Endocrinología / Generalista / Ginecología Quiropráctico / Reumatología / Neurología

METRO PAVIA CLINIC, LUQUILLO
787-355-0056
$0 en: Laboratorio Clínico / Generalista / Quiropráctico Vacunación / Endocrinología / Reumatología / Ginecología

METRO PAVIA CLINIC, PONCE
787-651-2858
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X Sonografía / Mamografía / Densitometría Ósea Endocrinología / EKG / CT Scan / MRI

METRO PAVIA CLINIC, TOA BAJA
787-784-1782
$0 en: Sala de Emergencia / Rayos X / Sonografía Dermatología / Endocrinología / Neurología Pediátrica Quiropráctico / EKG / Reumatología Laboratorio*

Clínica Yagüez, Inc.

CLÍNICA YAGÜEZ, INC., MAYAGÜEZ
787-832-8444
$0 en: Sala de Emergencia / Laboratorio Clínico* Rayos X / Sonografía / Mamografía Digital Densitometría Ósea / CT Scan** / MRI
VISITA NUESTRA FARMACIA AL LADO DE LA CLÍNICA

METRO PAVIA CLINIC, CUPEY
787-302-5100
$0 en: Sala de Emergencia 24/7 / Laboratorio* Radiología / Sonografía / CT Scan*

$0.00 (Cero) Copago y coaseguro en la mayoría de los servicios. *En la mayoría de las pruebas, según aplique. **Aplica costo. ***Servicios básicos.

Rev. 13/mayo/2025

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Gracias