

RESUMEN DE BENEFICIOS DE SALUD 2025

PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO

Efectividad: 1 de septiembre de 2025



Poder Judicial
de Puerto Rico



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 Subespecialistas)
- 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”

APSHealth.

NUESTRO PROGRAMA DE COORDINACIÓN PARA

24 HORAS PARA TI

¡PUEDES ASISTIR A TU COBERTA Y BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO!

aliviaHD

HOME DELIVERY

Los suscriptores con cobertura de farmacia de First Medical pueden ordenar sus recetas con esta plataforma digital y esperar entrega de medicamentos directamente a su lugar de residencia en caso adicional.

FM eHealth

CONSEJERÍA DE SALUD Y TELEMEDICINA PARA SUSCRIPTORES

Línea Telefónica: 1-866-337-3338

First Health Call

Compartir de salud las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al: 1-833-390-3999

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:



CLASSIC (RUBÍ)

	Básica + Farmacia (F11) + Dental (D07UM) + Visión (Platino II) + Asistencia en Carretera (Connect)	Mayor Medical + Transplante de Órganos	Seguro de Vida
Individual	\$269.00	\$14.00	\$3.00
Pareja	\$613.00	\$20.00	\$3.00
Familiar	\$783.00	\$30.00	\$3.00

PREMIUM I (RUBÍ)

	Básica + Farmacia (F11) + Dental (D07UM) + Visión (Platino II) + Asistencia en Carretera (Connect) + Asistencia al Viajero (Redbridge)	Mayor Medical + Transplante de Órganos	Seguro de Vida
Individual	\$298.00	\$14.00	\$3.00
Pareja	\$665.00	\$20.00	\$3.00
Familiar	\$849.00	\$30.00	\$3.00

PREMIUM II (ORO)

	Básica + Mayor Medical + Transplante de Órganos + Farmacia (F11) + Dental (D07UM) + Visión (Platino II) + Asistencia en Carretera (Connect) + Asistencia al Viajero (Redbridge) + Seguro de Vida (Multinational)
Individual	\$428.00
Pareja	\$849.00
Familiar	\$1,005.00

BENEFICIOS	CLASSIC (RUBÍ)	PREMIUN I (RUBÍ)	PREMIUN II (ORO)
Hospitalización - Red Regular	\$150.00 / 0%*	\$150.00 / 0%*	\$50.00 / 0%*
Sala de Emergencia	Enf. \$100.00 / \$0* / Acc. \$0	Enf. \$75.00 / \$0* / Acc. \$0	Enf. \$40.00 / \$0* / Acc. \$0
Generalista	\$12.00	\$12.00	\$10.00
Especialista	\$18.00	\$15.00	\$10.00
Sub-Especialista	\$18.00	\$18.00	\$15.00
Terapias Físicas y Respiratorias	\$12.00	\$10.00	\$7.00
Terapias de Cáncer	20%	20%	0%
Laboratorios	40% / 0%*	35% / 0%*	30% / 0%*
Rayos X	35% / 0%*	30% / 0%*	25% / 0%*
Pruebas Diagnósticas Especializadas	35% / 0%*	30% / 0%*	25% / 0%*
Procedimiento Ambulatorio en Facilidad / Oficina	\$150.00	\$150.00	\$50.00
*Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).			
FARMACIA	FORMULARIO FMDL 2026-02 (F-11: Acreditable)		
Beneficio Maximo	\$1,500.00	\$2,500.00	Sin Límite
Deducible Inicial	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Medicamento Bioequivalentes Preferidos	\$15.00	10% mínimo \$10.00	10% mínimo \$10.00
Medicamento Bioequivalentes No Preferidos	\$15.00	10% mínimo \$15.00	10% mínimo \$10.00
Medicamento de Marca Preferido	25% mínimo \$25.00	25% mínimo \$25.00	25% mínimo \$25.00
Medicamento de Marca No Preferido	35% mínimo \$30.00	35% mínimo \$30.00	35% mínimo \$30.00
Medicamento Especializado en Formulario	40%	40%	40%
Copago luego del Beneficio Máximo	40%	40%	No Aplica
Repeticiones	5	5	5
Medicamentos no cubierto cuyo costo sea menor de	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Programa de Medicamentos de Mantenimiento—90 días			
Bioequivalentes Preferidos	\$30.00	\$20.00	\$20.00
Bioequivalentes No Preferidos	\$30.00	\$30.00	\$20.00
Marca Preferido	\$50.00	\$50.00	\$50.00
Marca No Preferido	\$60.00	\$60.00	\$60.00
DENTAL (D-07UM)	BENEFICIO MÁXIMO: \$750.00	BENEFICIO MÁXIMO: \$1,750.00	BENEFICIO MÁXIMO: \$2,000.00
Diagnóstico y Preventivo - Pediátrico	0%	0%	0%
Diagnóstico y Preventivo - Adulto	20%	20%	20%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	40%	40%	40%
Protesis Fija y Removibles	40%	40%	40%
Ortodoncia-Beneficio Máximo por persona, hasta los 19 años de edad. A través de reembolso.	No Cubierto	No Cubierto	\$1,000.00 / 50%
SEGURO DE VIDA (Multinational)	OPCIONAL	OPCIONAL	INCLUIDO
Beneficio Maximo por Muerte natural o accidente (solo aplica a suscriptor principal) Restricciones aplican según Multinational Life Insurance .	\$16,500.00		
VISIÓN PLATINO II (Incluido a través de proveedores contratados por Ivision International Inc.)			
Examen de la Vista (Refracción, 1 cada 12 meses)	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Una (1) montura de espejuelos de la Colección <i>Preferred</i> menores de 21 años cada 12 meses.	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Una (1) montura de espejuelos de la Colección <i>Preferred</i>	\$18.00	\$18.00	\$18.00
Visión Sencillo (Single Vision)	\$18.00	\$18.00	\$18.00
Bifocal (FT.25 - FT.28)	\$20.00	\$20.00	\$20.00
Trifocal (7x25)	\$18.00	\$18.00	\$18.00
Polycarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	\$20.00	\$20.00	\$20.00
Lentes con tintes recetados	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Protección Ultravioleta	\$16.00	\$16.00	\$16.00
Lentes de Contacto (en vez de espejuelo) – 1 cada 12 meses	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Desechables (2 cajas)	\$36.00	\$36.00	\$36.00
Medicamento Necesarios	\$36.00	\$36.00	\$36.00
Montura fuera de la Colección <i>Preferred</i>	20%	20%	20%