



SILVER | Desde: \$64.97
PLAN INDIVIDUAL

- **Libre Selección**
- **Cubierta Básica**
 - Servicios Esenciales de Salud (EHB)
 - Servicios Preventivos
 - Cubierta de Medicamentos
 - Servicios de Salud Visual para Menores y Adultos
 - Servicios Dentales de Diagnóstico y Preventivos para Menores y Adultos
- **\$0 Copagos y 0% Coaseguros** en Servicios Ofrecidos en los Hospitales y Clínicas Afiliadas, Metro Pavía Health System

TARIFAS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$64.97	35	\$125.03	50	\$182.73
21	\$102.31	36	\$125.84	51	\$190.81
22	\$102.31	37	\$126.66	52	\$199.71
23	\$102.31	38	\$127.48	53	\$208.72
24	\$102.31	39	\$129.12	54	\$218.44
25	\$102.72	40	\$130.76	55	\$228.16
26	\$104.77	41	\$133.21	56	\$238.70
27	\$107.22	42	\$135.56	57	\$249.34
28	\$111.21	43	\$138.84	58	\$260.69
29	\$114.49	44	\$142.93	59	\$266.32
30	\$116.13	45	\$147.74	60	\$277.68
31	\$118.58	46	\$153.47	61	\$287.50
32	\$121.04	47	\$159.92	62	\$293.95
33	\$122.57	48	\$167.28	63	\$302.03
34	\$124.21	49	\$174.55	64 ó más	\$306.94

RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

• Generalista	\$20.00	• Pruebas Especializadas	50%
• Especialistas	\$25.00	• Hospitalización General	\$500 / \$0*
• Sub-especialistas	\$30.00	• Sala de Emergencia	\$100.00 / \$50.00*
• Laboratorio y Rayos X	50%	• Servicios Preventivos y Vacunas	\$0
• MRI/MRA	50%		

*Aplica sólo cuando el servicio se realice en los hospitales y clínicas asociadas a la Red Metro Pavía Health System.

DEDUCIBLE ANUAL / Deducible Anual (Beneficios Médicos)

Individual: **\$0.00** Familiar: **\$0.00**

DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

Individual: **\$250.00** Familiar: **\$500.00**

GASTO MÁXIMO DEL BOLSILLO (MOOP) PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS

Individual: **\$6,350** Familiar: **\$12,700**

Nota: Estos beneficios son un resumen de su cubierta. Cualquier discrepancia entre las partes, prevalecerá lo dispuesto en el contrato aprobado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

CUBIERTAS DE FARMACIA

La cubierta de beneficios de medicinas en farmacia es parte de la cubierta básica de suscriptor, además, es parte de los Beneficios Esenciales de Salud requeridos por el Affordable Care Act (ACA) y sus dependientes incluidos en el plan y su modelo de servicios es basado en un formulario de medicamentos.

COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

- Medicamentos Genéricos
- Medicamentos de Marca Preferida
- Medicamentos de Marca No Preferida
- Medicamentos Especializados
- Beneficio Máximo por Persona Cubierta

Nivel 1: 10% mínimo de \$10.00

Nivel 2: 60% mínimo de \$20.00

Nivel 3: 60% mínimo de \$25.00

Nivel 4: 60% mínimo de \$50.00

Hasta \$800.00 del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 90% de coaseguro

Para más información:
1.888.801.080

PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
Directo

CIMC
RED DE PROVEEDORES
INTERNATIONAL MEDICAL CARD

www.firstmedicalpr.com

