



SILVER

GOLD

GOLD PLUS

Desde: \$69.21*
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 la mayoría de los Servicios Ofrecidos en los Hospitales y Clínicas Afiliadas, Metro Pavía Health System

• **Seguro de Vida de \$5,000**

Solo para el Suscriptor Principal a través Triple S - Vida, Inc.

TARIFAS | SILVER

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$69.21	35	\$133.19	50	\$194.66
21	\$108.99	36	\$134.06	51	\$203.27
22	\$108.99	37	\$134.93	52	\$212.75
23	\$108.99	38	\$135.80	53	\$222.34
24	\$108.99	39	\$137.55	54	\$232.69
25	\$109.43	40	\$139.29	55	\$243.05
26	\$111.61	41	\$141.90	56	\$254.27
27	\$114.22	42	\$144.41	57	\$265.61
28	\$118.47	43	\$147.90	58	\$277.71
29	\$121.96	44	\$152.26	59	\$283.70
30	\$123.70	45	\$157.38	60	\$295.80
31	\$126.32	46	\$163.49	61	\$306.26
32	\$128.94	47	\$170.35	62	\$313.13
33	\$130.57	48	\$178.20	63	\$321.74
34	\$132.31	49	\$185.94	64	\$326.97
				65 ó más	\$326.97

TARIFAS | GOLD

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$76.04	35	\$146.33	50	\$213.87
21	\$119.75	36	\$147.29	51	\$223.33
22	\$119.75	37	\$148.25	52	\$233.75
23	\$119.75	38	\$149.21	53	\$244.29
24	\$119.75	39	\$151.12	54	\$255.67
25	\$120.23	40	\$153.04	55	\$267.04
26	\$122.62	41	\$155.91	56	\$279.38
27	\$125.50	42	\$158.67	57	\$291.83
28	\$130.17	43	\$162.50	58	\$305.12
29	\$134.00	44	\$167.29	59	\$311.71
30	\$135.92	45	\$172.92	60	\$325.00
31	\$138.79	46	\$179.63	61	\$336.50
32	\$141.66	47	\$187.17	62	\$344.04
33	\$143.46	48	\$195.79	63	\$353.50
34	\$145.38	49	\$204.29	64	\$359.25
				65 ó más	\$359.25

TARIFAS | GOLD PLUS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$82.18	36	\$159.17	52	\$252.61
21	\$129.41	37	\$160.21	53	\$264.00
22	\$129.41	38	\$161.24	54	\$276.29
23	\$129.41	39	\$163.32	55	\$288.58
24	\$129.41	40	\$165.39	56	\$301.91
25	\$129.93	41	\$168.49	57	\$315.37
26	\$132.52	42	\$171.47	58	\$329.74
27	\$135.62	43	\$175.61	59	\$336.85
28	\$140.67	44	\$180.79	60	\$351.22
29	\$144.81	45	\$186.87	61	\$363.64
30	\$146.88	46	\$194.12	62	\$371.79
31	\$149.99	47	\$202.27	63	\$382.02
32	\$153.09	48	\$211.59	64	\$388.23
33	\$155.03	49	\$220.77		
34	\$157.10	50	\$231.13		
35	\$158.14	51	\$241.35	65 ó más	\$388.23

RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

	SILVER	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	GOLD	GOLD PLUS
• Generalista	\$15.00	\$12.00	\$10.00	• Pruebas Especializadas	60%	45%	40%
• Especialistas	\$20.00	\$18.00	\$15.00	• Hospitalización General	\$350/\$0.00*	\$250/\$0*	\$200/\$0.00*
• Sub-especialistas	\$25.00	\$20.00	\$20.00	• Sala de Emergencia	\$100.00/\$50.00*	\$80.00/\$50.00*	\$70.00/\$50.00*
• Laboratorio y Rayos X	60%	45%	40%	• Servicios Preventivos y Vacunas	\$0.00	\$0	\$0.00
• MRI/MRA	60%	45%	40%				

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

DEDUCIBLE ANUAL / Deducible Anual (Beneficios Médicos)

	SILVER	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$0.00	\$0.00	\$0.00	Familiar:	\$0.00	\$0.00	\$0.00

DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

	SILVER	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$250.00	\$75.00	\$50.00	Familiar:	\$250.00 (Por miembro)	\$75.00 (Por miembro)	\$50.00 (Por miembro)

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

	SILVER	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$6,3500	\$6,3500	\$6,3500	Familiar:	\$12,700	\$12,700	\$12,700

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

CUBIERTAS DE FARMACIA

COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

- Medicamentos Genéricos
- Medicamentos de Marca Preferida
- Medicamentos de Marca No Preferida
- Medicamentos Especializados

SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Hasta \$800.00 del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro	Hasta \$1,000.00 del dólar \$1,001.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro	Hasta \$1,200.00 del dólar \$1,201.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro
10% mínimo de \$10.00	10% mínimo de \$15.00	10% mínimo de \$10.00
60% mínimo de \$20.00	30% mínimo de \$25.00	30% mínimo de \$20.00
60% mínimo de \$25.00	40% mínimo de \$30.00	40% mínimo de \$25.00
60% mínimo de \$50.00	40% mínimo de \$55.00	40% mínimo de \$50.00

La cubierta de beneficios de medicinas en farmacia es parte de la cubierta básica de suscriptor y sus dependientes incluidos en el plan y es un modelo de servicios basado en un formulario de medicamentos.

Para más información:

1.888.801.0801

PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

Directo

IMC
RED DE PROVEEDORES
INTERNATIONAL MEDICAL CARD

www.firstmedicalpr.com

