



**SILVER**

**GOLD**

**GOLD PLUS**

**Desde: \$71.82**  
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 Pavia Health System

**Seguro de Vida de \$5,000**

Solo para el Suscriptor Principal

**TARIFAS | SILVER**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$71.82	35	\$138.21	50	\$202.00
21	\$113.10	36	\$139.11	51	\$210.93
22	\$113.10	37	\$140.02	52	\$220.77
23	\$113.10	38	\$140.92	53	\$230.72
24	\$113.10	39	\$142.73	54	\$241.47
25	\$113.55	40	\$144.54	55	\$252.21
26	\$115.81	41	\$147.26	56	\$263.86
27	\$118.53	42	\$149.86	57	\$275.62
28	\$122.94	43	\$153.48	58	\$288.18
29	\$126.56	44	\$158.00	59	\$294.40
30	\$128.37	45	\$163.32	60	\$306.95
31	\$131.08	46	\$169.65	61	\$317.81
32	\$133.80	47	\$176.78	62	\$324.94
33	\$135.49	48	\$184.92	63	\$333.87
34	\$137.30	49	\$192.95	64	\$339.30
				65 ó más	\$339.30

**TARIFAS | GOLD**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$78.87	35	\$151.77	50	\$221.82
21	\$124.20	36	\$152.77	51	\$231.63
22	\$124.20	37	\$153.76	52	\$242.44
23	\$124.20	38	\$154.75	53	\$253.37
24	\$124.20	39	\$156.74	54	\$265.17
25	\$124.70	40	\$158.73	55	\$276.97
26	\$127.18	41	\$161.71	56	\$289.76
27	\$130.16	42	\$164.57	57	\$302.68
28	\$135.01	43	\$168.54	58	\$316.46
29	\$138.98	44	\$173.51	59	\$323.29
30	\$140.97	45	\$179.34	60	\$337.08
31	\$143.95	46	\$186.30	61	\$349.00
32	\$146.93	47	\$194.12	62	\$356.83
33	\$148.79	48	\$203.07	63	\$366.64
34	\$150.78	49	\$211.89	64	\$372.60
				65 ó más	\$372.60

**TARIFAS | GOLD PLUS**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$85.19	35	\$163.93	50	\$239.59
21	\$134.15	36	\$165.00	51	\$250.19
22	\$134.15	37	\$166.08	52	\$261.86
23	\$134.15	38	\$167.15	53	\$273.67
24	\$134.15	39	\$169.30	54	\$286.41
25	\$134.69	40	\$171.44	55	\$299.15
26	\$137.37	41	\$174.66	56	\$312.97
27	\$140.59	42	\$177.75	57	\$326.92
28	\$145.82	43	\$182.04	58	\$341.81
29	\$150.11	44	\$187.41	59	\$349.19
30	\$152.26	45	\$193.71	60	\$364.08
31	\$155.48	46	\$201.23	61	\$376.96
32	\$158.70	47	\$209.68	62	\$385.41
33	\$160.71	48	\$219.34	63	\$396.01
34	\$162.86	49	\$228.86	64	\$402.45
				65 ó más	\$402.45

## 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:	\$6,350.00	\$6,350.00	\$6,350.00	Familiar:	\$12,700.00	\$12,700.00	\$12,700.00

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

