



**BRONZE**



**SILVER**



**GOLD**



**GOLD PLUS**

**TARIFA DIARIA DESDE:**  
**PLAN INDIVIDUAL \$2.81\***

- LIBRE SELECCIÓN
- Cubierto Básica
- Servicios Esenciales de Salud (EHB)
- Servicios Preventivos
- Cubierto de Medicamentos
- Servicios de Salud Visual para Menores y Adultos
- Servicios Dentales de Diagnóstico y Preventivos para Menores y Adultos
- Seguro de vida hasta \$5,000<sup>1</sup>
- Servicios médicos en Estados Unidos en caso de emergencias
- Beneficios Cannabis Medicinal en First Medical Cannabis



## TARIFAS | BRONZE

| Edad | Individual | Edad | Individual | Edad | Individual |
|------|------------|------|------------|------|------------|
| 0-20 | \$85.36    | 35   | \$164.27   | 50   | \$240.08   |
| 21   | \$134.42   | 36   | \$165.34   | 51   | \$250.70   |
| 22   | \$134.42   | 37   | \$166.42   | 52   | \$262.40   |
| 23   | \$134.42   | 38   | \$167.49   | 53   | \$274.23   |
| 24   | \$134.42   | 39   | \$169.64   | 54   | \$287.00   |
| 25   | \$134.96   | 40   | \$171.79   | 55   | \$299.77   |
| 26   | \$137.65   | 41   | \$175.02   | 56   | \$313.61   |
| 27   | \$140.88   | 42   | \$178.11   | 57   | \$327.59   |
| 28   | \$146.12   | 43   | \$182.41   | 58   | \$342.51   |
| 29   | \$150.42   | 44   | \$187.79   | 59   | \$349.91   |
| 30   | \$152.57   | 45   | \$194.11   | 60   | \$364.83   |
| 31   | \$155.80   | 46   | \$201.64   | 61   | \$377.73   |
| 32   | \$159.02   | 47   | \$210.11   | 62   | \$386.20   |
| 33   | \$161.04   | 48   | \$219.78   | 63   | \$396.82   |
| 34   | \$163.19   | 49   | \$229.33   | 64*  | \$403.27   |

## TARIFAS | SILVER

| Edad | Individual | Edad | Individual | Edad | Individual |
|------|------------|------|------------|------|------------|
| 0-20 | \$97.36    | 35   | \$187.36   | 50   | \$273.83   |
| 21   | \$153.32   | 36   | \$188.59   | 51   | \$285.95   |
| 22   | \$153.32   | 37   | \$189.81   | 52   | \$299.28   |
| 23   | \$153.32   | 38   | \$191.04   | 53   | \$312.78   |
| 24   | \$153.32   | 39   | \$193.49   | 54   | \$327.34   |
| 25   | \$153.94   | 40   | \$195.95   | 55   | \$341.91   |
| 26   | \$157.00   | 41   | \$199.63   | 56   | \$357.70   |
| 27   | \$160.68   | 42   | \$203.15   | 57   | \$373.65   |
| 28   | \$166.66   | 43   | \$208.06   | 58   | \$390.66   |
| 29   | \$171.57   | 44   | \$214.19   | 59   | \$399.10   |
| 30   | \$174.02   | 45   | \$221.40   | 60   | \$416.12   |
| 31   | \$177.70   | 46   | \$229.98   | 61   | \$430.84   |
| 32   | \$181.38   | 47   | \$239.64   | 62   | \$440.49   |
| 33   | \$183.68   | 48   | \$250.68   | 63   | \$452.61   |
| 34   | \$186.13   | 49   | \$261.57   | 64*  | \$459.97   |

## TARIFAS | GOLD

| Edad | Individual | Edad | Individual | Edad | Individual |
|------|------------|------|------------|------|------------|
| 0-20 | \$102.92   | 35   | \$198.07   | 50   | \$289.48   |
| 21   | \$162.08   | 36   | \$199.36   | 51   | \$302.29   |
| 22   | \$162.08   | 37   | \$200.66   | 52   | \$316.39   |
| 23   | \$162.08   | 38   | \$201.96   | 53   | \$330.65   |
| 24   | \$162.08   | 39   | \$204.55   | 54   | \$346.05   |
| 25   | \$162.73   | 40   | \$207.14   | 55   | \$361.45   |
| 26   | \$165.97   | 41   | \$211.03   | 56   | \$378.14   |
| 27   | \$169.86   | 42   | \$214.76   | 57   | \$395.00   |
| 28   | \$176.19   | 43   | \$219.95   | 58   | \$412.99   |
| 29   | \$181.37   | 44   | \$226.43   | 59   | \$421.90   |
| 30   | \$183.97   | 45   | \$234.05   | 60   | \$439.90   |
| 31   | \$187.86   | 46   | \$243.13   | 61   | \$455.46   |
| 32   | \$191.75   | 47   | \$253.34   | 62   | \$465.67   |
| 33   | \$194.18   | 48   | \$265.01   | 63   | \$478.47   |
| 34   | \$196.77   | 49   | \$276.52   | 64*  | \$486.25   |

## TARIFAS | GOLD PLUS

| Edad | Individual | Edad | Individual | Edad | Individual |
|------|------------|------|------------|------|------------|
| 0-20 | \$105.09   | 35   | \$202.24   | 50   | \$295.58   |
| 21   | \$165.50   | 36   | \$203.56   | 51   | \$308.65   |
| 22   | \$165.50   | 37   | \$204.88   | 52   | \$323.05   |
| 23   | \$165.50   | 38   | \$206.21   | 53   | \$337.61   |
| 24   | \$165.50   | 39   | \$208.86   | 54   | \$353.34   |
| 25   | \$166.16   | 40   | \$211.50   | 55   | \$369.06   |
| 26   | \$169.47   | 41   | \$215.48   | 56   | \$386.10   |
| 27   | \$173.44   | 42   | \$219.28   | 57   | \$403.32   |
| 28   | \$179.89   | 43   | \$224.58   | 58   | \$421.69   |
| 29   | \$185.19   | 44   | \$231.20   | 59   | \$430.79   |
| 30   | \$187.84   | 45   | \$238.98   | 60   | \$449.16   |
| 31   | \$191.81   | 46   | \$248.25   | 61   | \$465.05   |
| 32   | \$195.78   | 47   | \$258.67   | 62   | \$475.47   |
| 33   | \$198.27   | 48   | \$270.59   | 63   | \$488.55   |
| 34   | \$200.91   | 49   | \$282.34   | 64*  | \$496.49   |

First Medical Health Plan, Inc., tiene dentro de su directorio de proveedores una red de hospitales y clínicas afiliadas a través de las cuales el suscriptor puede obtener una gran cantidad de servicios médicos, pruebas diagnósticas especializadas y servicios de sala de emergencia, entre otros. Al visitar estas facilidades, por lo regular usted pagará copagos o coaseguros reducidos en una serie de servicios. Estos son ofrecidos en la red afiliada de hospitales Metro Pavia Health System, clínicas afiliadas Metro Pavia Clinic y Clínica Yagüez.



**SUSCRIPCIÓN  
ONLINE**

## RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

|                         | BRONZE | SILVER | GOLD | GOLD PLUS |                                   | BRONZE       | SILVER      | GOLD       | GOLD PLUS  |
|-------------------------|--------|--------|------|-----------|-----------------------------------|--------------|-------------|------------|------------|
| • Generalista           | \$15   | \$15   | \$12 | \$10      | • Pruebas Especializadas          | 75%          | 60%         | 45%        | 40%        |
| • Especialistas         | \$25   | \$20   | \$18 | \$15      | • Hospitalización General         | \$350/\$200* | \$350/\$0*  | \$250/\$0* | \$200/\$0* |
| • Sub-especialistas     | \$30   | \$25   | \$20 | \$20      | • Sala de Emergencia              | \$125/\$60*  | \$100/\$50* | \$80/\$50* | \$70/\$50* |
| • Laboratorio y Rayos X | 75%    | 60%    | 45%  | 40%       | • Servicios Preventivos y Vacunas | \$0          | \$0         | \$0        | \$0        |
| • MRI/MRA               | 75%    | 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)

|             | BRONZE | SILVER | GOLD | GOLD PLUS |           | BRONZE             | SILVER            | GOLD              | GOLD PLUS         |
|-------------|--------|--------|------|-----------|-----------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Individual: | \$50   | \$0    | \$0  | \$0       | Familiar: | \$50 (Por miembro) | \$0 (Por miembro) | \$0 (Por miembro) | \$0 (Por miembro) |

### DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

|             | BRONZE | SILVER | GOLD | GOLD PLUS |           | BRONZE              | SILVER              | GOLD               | GOLD PLUS          |
|-------------|--------|--------|------|-----------|-----------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Individual: | \$250  | \$250  | \$75 | \$50      | Familiar: | \$250 (Por miembro) | \$250 (Por miembro) | \$75 (Por miembro) | \$50 (Por miembro) |

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

|             | BRONZE  | SILVER  | GOLD    | GOLD PLUS |           | BRONZE   | SILVER   | GOLD     | GOLD PLUS |
|-------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| Individual: | \$6,350 | \$6,350 | \$6,350 | \$6,350   | Familiar: | \$12,700 | \$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

| DESCRIPCIÓN                                                 | BRONZE                                                                        | SILVER                                                                        | GOLD                                                                              | GOLD PLUS                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficio inicial / coaseguro aplicable luego del beneficio | Hasta \$800.00 del dólar<br>\$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro | Hasta \$800.00 del dólar<br>\$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro | Hasta \$1,000.00 del dólar<br>\$1,001.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro | Hasta \$1,200.00 del dólar<br>\$1,201.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro |
| Genéricos                                                   | 15% mínimo \$15                                                               | 10% mínimo \$10                                                               | 10% mínimo \$15                                                                   | 10% mínimo \$10                                                                   |
| Marca Preferida                                             | 60% mínimo \$30                                                               | 60% mínimo \$20                                                               | 30% mínimo \$25                                                                   | 30% mínimo \$20                                                                   |
| Marca No Preferida                                          | 60% mínimo \$30                                                               | 60% mínimo \$25                                                               | 40% mínimo \$30                                                                   | 40% mínimo \$25                                                                   |
| Especializados                                              | 60% mínimo \$100                                                              | 60% mínimo \$50.00                                                            | 40% mínimo \$55                                                                   | 40% mínimo \$50                                                                   |
| Biosimilares Especializados                                 | 40%                                                                           | 40%                                                                           | 40%                                                                               | 40%                                                                               |

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

[www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com)

