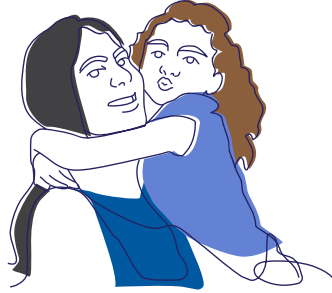
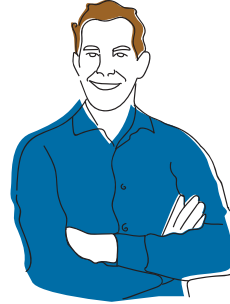


BRONZE



SILVER



GOLD



GOLD PLUS

TARIFA DIARIA DESDE: \$2.60*
PLAN INDIVIDUAL

- LIBRE SELECCIÓN
- Cubierta Básica
- Servicios Esenciales de Salud (EHB)
- Cubierta de Medicamentos
- Servicios de Salud Visual para Adultos y Menores
- Servicios Dentales de Diagnóstico y Preventivos para Adultos y Menores
- Beneficios de Cannabis Medicinal exclusivos en First Medical Cannabis



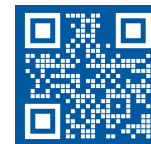
- **SEGURO DE VIDA DE \$5,000**
Solo para el suscriptor principal
- \$0 Copago y 0% Coaseguros en la mayoría de los servicios ofrecidos en red afiliada de hospitales Metro Pavía Health System, clínicas afiliadas Metro Pavía Clinic y Clínica Yagüez.

Afiliado a:



M P C
METRO PAVÍA
CLINIC

La Red de Hospitales y Clínicas más grande de Puerto Rico y el Caribe



SUBSCRIPCIÓN ONLINE

TARIFAS | BRONZE

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$79.40	35	\$152.80	50	\$223.32
21	\$125.04	36	\$153.80	51	\$233.20
22	\$125.04	37	\$154.80	52	\$244.08
23	\$125.04	38	\$155.80	53	\$255.08
24	\$125.04	39	\$157.80	54	\$266.96
25	\$125.54	40	\$159.80	55	\$278.84
26	\$128.04	41	\$162.80	56	\$291.72
27	\$131.04	42	\$165.68	57	\$304.72
28	\$135.92	43	\$169.68	58	\$318.60
29	\$139.92	44	\$174.68	59	\$325.48
30	\$141.92	45	\$180.56	60	\$339.36
31	\$144.92	46	\$187.56	61	\$351.36
32	\$147.92	47	\$195.44	62	\$359.24
33	\$149.80	48	\$204.44	63	\$369.12
34	\$151.80	49	\$213.32	64	\$375.12
				65 o más	\$375.12

TARIFAS | SILVER

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 o más	\$402.45

TARIFAS | GOLD

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$93.85	35	\$180.60	50	\$263.95
21	\$147.79	36	\$181.78	51	\$275.63
22	\$147.79	37	\$182.96	52	\$288.49
23	\$147.79	38	\$184.15	53	\$301.49
24	\$147.79	39	\$186.51	54	\$315.53
25	\$148.38	40	\$188.88	55	\$329.57
26	\$151.34	41	\$192.42	56	\$344.79
27	\$154.88	42	\$195.82	57	\$360.16
28	\$160.65	43	\$200.55	58	\$376.57
29	\$165.38	44	\$206.46	59	\$384.70
30	\$167.74	45	\$213.41	60	\$401.10
31	\$171.29	46	\$221.69	61	\$415.29
32	\$174.84	47	\$231.00	62	\$424.60
33	\$177.05	48	\$241.64	63	\$436.28
34	\$179.42	49	\$252.13	64	\$443.37
				65 o más	\$443.37

TARIFAS | GOLD PLUS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$99.47	35	\$191.43	50	\$279.78
21	\$156.65	36	\$192.68	51	\$292.15
22	\$156.65	37	\$193.93	52	\$305.78
23	\$156.65	38	\$195.19	53	\$319.57
24	\$156.65	39	\$197.69	54	\$334.45
25	\$157.28	40	\$200.20	55	\$349.33
26	\$160.41	41	\$203.96	56	\$365.46
27	\$164.17	42	\$207.56	57	\$381.76
28	\$170.28	43	\$212.57	58	\$399.14
29	\$175.29	44	\$218.84	59	\$407.76
30	\$177.80	45	\$226.20	60	\$425.15
31	\$181.56	46	\$234.98	61	\$440.19
32	\$185.32	47	\$244.84	62	\$450.06
33	\$187.67	48	\$256.12	63	\$462.43
34	\$190.17	49	\$267.24	64	\$469.95
				65 o más	\$469.95

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	\$20	\$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	\$0	\$0	\$0	\$0
• MRI/MRA	75%	60%	45%	40%	• y Vacunas				

*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	\$0	\$0	\$0

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 \$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro	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
Genéricos	15% mínimo de \$15	10% mínimo de \$10	10% mínimo de \$15	10% mínimo de \$10
Marca Preferida	60% mínimo de \$30	60% mínimo de \$20	30% mínimo de \$25	30% mínimo de \$20
Marca No Preferida	60% mínimo de \$30	60% mínimo de \$25	40% mínimo de \$30	40% mínimo de \$25
Especializados	60% mínimo de \$100	60% mínimo de \$50.00	40% mínimo de \$55	40% mínimo de \$50
Biosimilares Especializados	0%	0%	0%	0%

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

