



**TARIFA DIARIA DESDE: PLAN INDIVIDUAL \$2.27\***

- **LIBRE SELECCIÓN**
- **CUBIERTA BÁSICA**
- **Servicios Esenciales de Salud (EHB)**
- **Servicios Preventivos**
- **Cubierta de Medicamentos**
- **Servicios de Salud Visual para Menores y Adultos**
- **SEGURO DE VIDA DE \$5,000**  
Solo para el Suscriptor Principal
- **Servicios Dentales de Diagnóstico y Preventivos para Menores y Adultos**
- **NUEVO BENEFICIO**

**Cannabis Medicinal a través de First Medical Cannabis**

- **\$0 Copagos y 0% Coaseguros en la mayoría de los Servicios Ofrecidos en los Hospitales y Clínicas Afiliadas, Metro Pavía Health System**
- **La Red de Hospitales y Clínicas más grande de Puerto Rico y el Caribe.**



SUSCRIPCIÓN ONLINE

**TARIFAS | BRONZE**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$69.00	35	\$132.78	50	\$194.07
21	\$108.66	36	\$133.65	51	\$202.65
22	\$108.66	37	\$134.52	52	\$212.10
23	\$108.66	38	\$135.39	53	\$221.67
24	\$108.66	39	\$137.13	54	\$231.99
25	\$109.09	40	\$138.87	55	\$242.31
26	\$111.27	41	\$141.48	56	\$253.50
27	\$113.88	42	\$143.97	57	\$264.80
28	\$118.11	43	\$147.45	58	\$276.87
29	\$121.59	44	\$151.80	59	\$282.84
30	\$123.33	45	\$156.91	60	\$294.90
31	\$125.94	46	\$162.99	61	\$305.33
32	\$128.54	47	\$169.84	62	\$312.18
33	\$130.17	48	\$177.66	63	\$320.76
34	\$131.91	49	\$185.37	64	\$325.98
				65 ó más	

**TARIFAS | SILVER**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$74.57	35	\$143.50	50	\$209.73
21	\$117.43	36	\$144.44	51	\$219.01
22	\$117.43	37	\$145.38	52	\$229.22
23	\$117.43	38	\$146.32	53	\$239.56
24	\$117.43	39	\$148.20	54	\$250.71
25	\$117.90	40	\$150.08	55	\$261.87
26	\$120.25	41	\$152.89	56	\$273.96
27	\$123.07	42	\$155.59	57	\$286.18
28	\$127.65	43	\$159.35	58	\$299.21
29	\$131.40	44	\$164.05	59	\$305.67
30	\$133.28	45	\$169.57	60	\$318.71
31	\$136.10	46	\$176.15	61	\$329.98
32	\$138.92	47	\$183.54	62	\$337.38
33	\$140.68	48	\$192.00	63	\$346.65
34	\$142.56	49	\$200.34	64	\$352.29
				65 ó más	

**TARIFAS | GOLD**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$81.97	35	\$157.75	50	\$230.55
21	\$129.09	36	\$158.78	51	\$240.75
22	\$129.09	37	\$159.81	52	\$251.98
23	\$129.09	38	\$160.85	53	\$263.34
24	\$129.09	39	\$162.91	54	\$275.61
25	\$129.61	40	\$164.98	55	\$287.87
26	\$132.19	41	\$168.08	56	\$301.17
27	\$135.29	42	\$171.04	57	\$314.59
28	\$140.32	43	\$175.18	58	\$328.92
29	\$144.45	44	\$180.34	59	\$336.02
30	\$146.52	45	\$186.41	60	\$350.35
31	\$149.62	46	\$193.64	61	\$362.74
32	\$152.71	47	\$201.77	62	\$370.88
33	\$154.65	48	\$211.06	63	\$381.07
34	\$156.72	49	\$220.23	64	\$387.27
				65 ó más	

**TARIFAS | GOLD PLUS**

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$86.46	35	\$166.38	50	\$243.16
21	\$136.15	36	\$167.46	51	\$253.92
22	\$136.15	37	\$168.55	52	\$265.76
23	\$136.15	38	\$169.64	53	\$277.75
24	\$136.15	39	\$171.82	54	\$290.68
25	\$136.69	40	\$174.00	55	\$303.61
26	\$139.42	41	\$177.27	56	\$317.64
27	\$142.69	42	\$180.40	57	\$331.80
28	\$148.00	43	\$184.76	58	\$346.91
29	\$152.35	44	\$190.20	59	\$354.40
30	\$154.53	45	\$196.60	60	\$369.61
31	\$157.80	46	\$204.23	61	\$382.58
32	\$161.07	47	\$212.80	62	\$391.16
33	\$163.11	48	\$222.61	63	\$401.91
34	\$165.29	49	\$232.27	64	\$408.45
				65 ó más	

# 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	\$0	\$0

## DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

	BRONZE	SILVER	GOLD	GOLD PLUS		BRONZE	SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$500	\$250	\$75	\$50	Familiar:	\$500 (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

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

BRONZE	SILVER	GOLD	GOLD PLUS
Hasta \$800.00 del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro 15% mínimo de \$15 60% mínimo de \$30 60% mínimo de \$30 60% mínimo de \$100	Hasta \$800.00 del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro 10% mínimo de \$10 60% mínimo de \$20 60% mínimo de \$25 60% mínimo de \$50.00	Hasta \$1,000.00 del dólar \$1,001.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro 10% mínimo de \$15 30% mínimo de \$25 40% mínimo de \$30 40% mínimo de \$55	Hasta \$1,200.00 del dólar \$1,201.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro 10% mínimo de \$10 30% mínimo de \$20 40% mínimo de \$25 40% mínimo de \$50

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)

