



ORO PLUS PLATA

Desde: \$66.78
PLAN INDIVIDUAL

- **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 a través USIC

- 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

TARIFAS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$74.92	35	\$144.18	50	\$210.72
21	\$117.99	36	\$145.12	51	\$220.04
22	\$117.99	37	\$146.07	52	\$230.31
23	\$117.99	38	\$147.01	53	\$240.69
24	\$117.99	39	\$148.90	54	\$251.90
25	\$118.46	40	\$150.79	55	\$263.11
26	\$120.82	41	\$153.62	56	\$275.26
27	\$123.65	42	\$156.33	57	\$287.53
28	\$128.25	43	\$160.11	58	\$300.63
29	\$132.03	44	\$164.83	59	\$307.12
30	\$133.91	45	\$170.37	60	\$320.21
31	\$136.74	46	\$176.98	61	\$331.54
32	\$139.58	47	\$184.41	62	\$338.97
33	\$141.35	48	\$192.91	63	\$348.29
34	\$143.23	49	\$201.28	64 ó más	\$353.96

TARIFAS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-20	\$66.78	35	\$128.51	50	\$187.82
21	\$105.16	36	\$129.35	51	\$196.13
22	\$105.16	37	\$130.19	52	\$205.27
23	\$105.16	38	\$131.03	53	\$214.53
24	\$105.16	39	\$132.71	54	\$224.52
25	\$105.58	40	\$134.40	55	\$234.51
26	\$107.68	41	\$136.92	56	\$245.34
27	\$110.21	42	\$139.34	57	\$256.28
28	\$114.31	43	\$142.70	58	\$267.95
29	\$117.68	44	\$146.91	59	\$273.73
30	\$119.36	45	\$151.85	60	\$285.41
31	\$121.88	46	\$157.74	61	\$295.50
32	\$124.41	47	\$164.37	62	\$302.13
33	\$125.98	48	\$171.94	63	\$310.44
34	\$127.67	49	\$179.40	64 ó más	\$315.48

RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

	ORO PLUS	PLATA		ORO PLUS	PLATA
• Generalista	\$10.00	\$15.00	• Pruebas Especializadas	40%	60%
• Especialistas	\$15.00	\$20.00	• Hospitalización General	\$200 / \$0.00*	\$350 / \$0.00*
• Sub-especialistas	\$20.00	\$25.00	• Sala de Emergencia	\$70.00 / \$0.00*	\$100.00 / \$0.00*
• Laboratorio y Rayos X	40%	60%	• Servicios Preventivos y Vacunas	\$0.00	\$0.00
• MRI/MRA	40%	60%			

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

DEDUCIBLE ANUAL / Deducible Anual (Beneficios Médicos)

	ORO PLUS	PLATA		ORO PLUS	PLATA
Individual:	\$0.00	\$0.00	Familiar:	\$0.00	\$0.00

DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

	ORO PLUS	PLATA		ORO PLUS	PLATA
Individual:	\$50.00	\$250.00	Familiar:	\$50.00 P/P	\$250.00 P/P

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

	ORO PLUS	PLATA		ORO PLUS	PLATA
Individual:	\$6,350.00	\$6,350.00	Familiar:	\$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

ORO PLUS	PLATA
Hasta \$1,200.00 del dólar \$1,201.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro	Hasta \$800.00 del dólar \$801.00 en adelante aplicará el 90% de coaseguro
10% mínimo de \$10.00	10% mínimo de \$10.00
30% mínimo de \$20.00	60% mínimo de \$20.00
40% mínimo de \$25.00	60% mínimo de \$25.00
40% mínimo de \$50.00	60% 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:

1.888.801.080

PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
Directo

CIMC
RED DE PROVEEDORES
INTERNATIONAL MEDICAL GARD

www.firstmedicalpr.com

