



SILVER



SILVER PLUS



GOLD



GOLD PLUS

TARIFA DIARIA DESDE:
PLAN INDIVIDUAL \$2.81*

• **LIBRE SELECCIÓN**

- Cubierta Básica
- Servicios Esenciales de Salud (EHB)
- Servicios Preventivos
- Cubierta de Medicamentos
- Servicios de Salud Visual para Adultos y Menores
- Servicios Dentales de Diagnóstico y Preventivos para Menores y Adultos
- Seguro de Vida hasta \$5,000¹ y Servicio en la Carretera
- Programa Preventivo a través de nuestro APP que ofrece recompensas en beneficios de salud para nuestros suscriptores.
- Beneficios de Cannabis Medicinal exclusivos en First Medical Cannabis
- \$0 Copago y 0% Coaseguros en la mayoría de los servicios ofrecidos en red afiliada de hospitales Metro Pavia Health System, Sistema de Salud Wilma N. Vázquez y Hope Medical Center, Clínicas afiliadas Metro Pavia Clinic y Clínica Yagüez.



TARIFAS | SILVER

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-05	\$85.36	33	\$161.04	49	\$229.32
6-10	\$85.36	34	\$163.19	50	\$240.07
11-15	\$85.36	35	\$164.26	51	\$250.69
16-20	\$85.36	36	\$165.34	52	\$262.39
21	\$134.42	37	\$166.41	53	\$274.22
22	\$134.42	38	\$167.49	54	\$286.99
23	\$134.42	39	\$169.64	55	\$299.76
24	\$134.42	40	\$171.79	56	\$313.60
25	\$134.96	41	\$175.01	57	\$327.58
26	\$137.65	42	\$178.11	58	\$342.50
27	\$140.87	43	\$182.41	59	\$349.90
28	\$146.11	44	\$187.78	60	\$364.82
29	\$150.42	45	\$194.10	61	\$377.72
30	\$152.57	46	\$201.63	62	\$386.19
31	\$155.79	47	\$210.10	63	\$396.81
32	\$159.02	48	\$219.78	64 +	\$403.26

TARIFAS | SILVER PLUS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-05	\$97.36	33	\$183.68	49	\$261.56
6-10	\$97.36	34	\$186.13	50	\$273.83
11-15	\$97.36	35	\$187.36	51	\$285.94
16-20	\$97.36	36	\$188.58	52	\$299.28
21	\$153.32	37	\$189.81	53	\$312.77
22	\$153.32	38	\$191.04	54	\$327.34
23	\$153.32	39	\$193.49	55	\$341.90
24	\$153.32	40	\$195.94	56	\$357.70
25	\$153.93	41	\$199.62	57	\$373.64
26	\$157.00	42	\$203.15	58	\$390.66
27	\$160.68	43	\$208.06	59	\$399.09
28	\$166.66	44	\$214.19	60	\$416.11
29	\$171.57	45	\$221.39	61	\$430.83
30	\$174.02	46	\$229.98	62	\$440.49
31	\$177.70	47	\$239.64	63	\$452.60
32	\$181.38	48	\$250.68	64 +	\$459.96

TARIFAS | GOLD

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-05	\$102.92	33	\$194.17	49	\$276.51
6-10	\$102.92	34	\$196.77	50	\$289.47
11-15	\$102.92	35	\$198.06	51	\$302.28
16-20	\$102.92	36	\$199.36	52	\$316.38
21	\$162.08	37	\$200.66	53	\$330.64
22	\$162.08	38	\$201.95	54	\$346.04
23	\$162.08	39	\$204.54	55	\$361.44
24	\$162.08	40	\$207.14	56	\$378.13
25	\$162.73	41	\$211.03	57	\$394.99
26	\$165.97	42	\$214.76	58	\$412.98
27	\$169.86	43	\$219.94	59	\$421.89
28	\$176.18	44	\$226.43	60	\$439.89
29	\$181.37	45	\$234.04	61	\$455.44
30	\$183.96	46	\$243.12	62	\$465.66
31	\$187.85	47	\$253.33	63	\$478.46
32	\$191.74	48	\$265.00	64 +	\$486.24

TARIFAS | GOLD PLUS

Edad	Individual	Edad	Individual	Edad	Individual
0-05	\$105.09	33	\$198.27	49	\$282.34
6-10	\$105.09	34	\$200.92	50	\$295.58
11-15	\$105.09	35	\$202.24	51	\$308.66
16-20	\$105.09	36	\$203.57	52	\$323.06
21	\$165.50	37	\$204.89	53	\$337.62
22	\$165.50	38	\$206.21	54	\$353.34
23	\$165.50	39	\$208.86	55	\$369.07
24	\$165.50	40	\$211.51	56	\$386.11
25	\$166.16	41	\$215.48	57	\$403.32
26	\$169.47	42	\$219.29	58	\$421.69
27	\$173.44	43	\$224.58	59	\$430.80
28	\$179.90	44	\$231.20	60	\$449.17
29	\$185.19	45	\$238.98	61	\$465.06
30	\$187.84	46	\$248.25	62	\$475.48
31	\$191.81	47	\$258.68	63	\$488.56
32	\$195.79	48	\$270.59	64 +	\$496.50



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 servicio 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, Sistema de Salud Wilma N. Vázquez y Hope Medical Center, clínicas afiliadas Metro Pavia Clinic y Clínica Yagüez.

*Tarifa basada en el año 2026 por tabla de edades en la cubierta Silver, 1. Solo para el suscriptor principal.

RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

	SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS
GENERALISTA	\$0*/\$10	\$0*/\$10	\$0*/\$8	\$0*/\$5	PRUEBAS ESPECIALIZADAS	20%*/75%	20%*/60%	20%*/45%	20%*/40%
ESPECIALISTAS	\$0*/\$20	\$0*/\$18	\$0*/\$18	\$0*/\$15	HOSPITALIZACIÓN GENERAL	\$200*/\$350	\$0*/\$350	\$0*/\$250	\$0*/\$200
SUB-ESPECIALISTAS	\$30	\$18	\$20	\$20	SALA DE EMERGENCIA	\$60*/\$125	\$50*/\$100	\$50*/\$80	\$50*/\$75
LABORATORIO Y RAYOS X	\$0*/60%	\$0*/55%	\$0*/45%	\$0*/35%	SERVICIOS PREVENTIVOS Y VACUNAS	\$0* / \$0	\$0* / \$0	\$0* / \$0	\$0* / \$0
MRI / MRA	20%*/75%	20%*/60%	20%*/45%	20%*/40%					

*Copagos / coaseguros dentro de la red.

DEDUCIBLE ANUAL / DEDUCIBLE ANUAL (BENEFICIOS MÉDICOS)

	SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$0	\$0	\$0	\$0	Familiar:	\$0 por miembro	\$0	\$0	\$0

DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

	SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS
Individual:	\$200	\$100	\$0	\$0	Familiar:	\$200 por miembro	\$100 por miembro	\$0	\$0

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

	SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS		SILVER	SILVER PLUS	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	Silver	Silver Plus	Gold	Gold Plus
Beneficio Inicial	\$700	\$800	\$900	\$1,100
Luego del beneficio inicial aplica	90%	90%	90%	80%
Genéricos o Bioequivalentes	\$15	\$10	\$8	\$8
Marca Preferidos	60% mínimo \$40	60% mínimo \$40	40% mínimo \$35	35% mínimo \$20
Marca No Preferidos	60% mínimo \$45	60% mínimo \$45	50% mínimo \$30	40% mínimo \$25
Especializados	90%	90%	90%	80%
Especializados Biosimilares	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

