

## RESUMEN DE COPAGOS Y COASEGUROS

• Generalista	<b>\$12.00</b>	• Pruebas Especializadas	<b>45%</b>
• Especialistas	<b>\$18.00</b>	• Hospitalización General	<b>\$250 / \$0*</b>
• Sub-especialistas	<b>\$20.00</b>	• Sala de Emergencia	<b>\$80.00 / \$50.00*</b>
• Laboratorio y Rayos X	<b>45%</b>	• Servicios Preventivos y Vacunas	<b>\$0</b>
• MRI/MRA	<b>45%</b>		

\*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)

Individual: **\$0.00** Familiar: **\$0.00**

### DEDUCIBLE ANUAL (Beneficios Medicamentos Recetados)

Individual: **\$75.00** Familiar: **\$75.00 P/P**

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

Individual: **\$6,350.00** Familiar: **\$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	10% mínimo de \$15.00
• Medicamentos de Marca Preferida	30% mínimo de \$25.00
• Medicamentos de Marca No Preferida	40% mínimo de \$30.00
• Medicamentos Especializados	40% mínimo de \$55.00
• Beneficio Máximo por Persona Cubierta	<b>Hasta \$1,000.00</b> del dólar \$1,001.00 en adelante aplicará el 80% de coaseguro

La cubierta de beneficios de medicinas en farmacia es parte de la cubierta básica del suscriptor y sus dependientes incluidos en el plan y es un modelo de servicios basado en un formulario de medicamentos.

Oswaldo J. Carpentino Anania  
Authorized Representative & General Agent

Tel: 787-273-9160, 787-273-9161, 787-273-9162  
Fax: 787-792-8715, 939-633-6139

*First* **MEDICAL**  
HEALTH PLAN, INC.  
*Directo*

**CIMC**  
RED DE PROVEEDORES  
INTERNATIONAL MEDICAL CARD