

PREFERRED MEDICAL PLAN, INC.  
 BROWARD COUNTY RATES AND PREMIUM CALCULATION  
 WORKSHEET  
 PLAN B  
 EFFECTIVE DECEMBER 2007

MONTHLY PREMIUM			
Age	Male	Female	Child/Dep
<1	\$ 260	\$ 260	\$ 260
I-18	\$ 130	\$ 130	\$ 130
19	\$ 119	\$ 140	119M/140F
20	\$ 119	\$ 153	119M/143F
21	\$ 119	\$ 155	119M/143F
22	\$ 119	\$ 158	N/A
23	\$ 120	\$ 160	N/A
24	\$ 123	\$ 164	N/A
25	\$ 126	\$ 168	N/A
26	\$ 129	\$ 171	N/A
27	\$ 133	\$ 174	N/A
28	\$ 136	\$ 183	N/A
29	\$ 140	\$ 189	N/A
30	\$ 143	\$ 196	N/A
31	\$ 147	\$ 203	N/A
32	\$ 151	\$ 203	N/A
33	\$ 156	\$ 203	N/A
34	\$ 158	\$ 203	N/A
35	\$ 160	\$ 206	N/A
36	\$ 162	\$ 209	N/A
37	\$ 169	\$ 212	N/A
38	\$ 175	\$ 213	N/A
39	\$ 176	\$ 213	N/A
40	\$ 183	\$ 219	N/A
41	\$ 189	\$ 225	N/A
42	\$ 195	\$ 228	N/A
43	\$ 202	\$ 232	N/A
44	\$ 214	\$ 236	N/A
45	\$ 221	\$ 240	N/A
46	\$ 229	\$ 245	N/A
47	\$ 235	\$ 250	N/A
48	\$ 243	\$ 255	N/A
49	\$ 259	\$ 261	N/A
50	\$ 266	\$ 268	N/A
51	\$ 276	\$ 274	N/A
52	\$ 287	\$ 281	N/A
53	\$ 297	\$ 288	N/A
54	\$ 308	\$ 294	N/A
55	\$ 319	\$ 299	N/A
56	\$ 330	\$ 306	N/A
57	\$ 343	\$ 313	N/A
58	\$ 356	\$ 323	N/A
59	\$ 389	\$ 334	N/A
60	\$ 402	\$ 366	N/A
61	\$ 416	\$ 379	N/A
62	\$ 431	\$ 393	N/A
63	\$ 446	\$ 409	N/A
64	\$ 517	\$ 425	N/A

<b>Optional Rider:</b>	
Dental	\$6.00 per member
Optical	\$5.00 per member

PREMIUM CALCULATIONS						
	Sex	Age	Plan B	Dental Rider	Optical Rider	Monthly Premium
Subscriber						
Spouse						
Child 1						
Child 2						
Child 3						
Child 4						

Subtotal	
----------	--

Payment Method \_\_\_\_\_

Add \$5.00 if bank draft not selected	
---------------------------------------	--

Total Monthly Premium	
-----------------------	--

Customer Name \_\_\_\_\_

Agent Name \_\_\_\_\_

Agent Number \_\_\_\_\_

Telephone Number \_\_\_\_\_