

**PREFERRED MEDICAL PLAN INC.
DADE COUNTY RATES AND PREMIUM CALCULATION WORKSHEET
PLAN A and PLAN B**

EFFECTIVE December 2007

MONTHLY PREMIUM							
BASIC Plan A				Expanded Network Plan B			
Age	Male	Female	Child/Dep	Age	Male	Female	Child/Dep
<1	\$ 200	\$ 200	\$ 200	<1	\$ 242	\$ 242	\$ 242
I-18	\$ 100	\$ 100	\$ 100	I-18	\$ 121	\$ 121	\$ 121
19	\$ 89	\$ 107	89M/101F	19	\$ 111	\$ 130	111M/129F
20	\$ 89	\$ 117	89M/101F	20	\$ 111	\$ 142	111M/129F
21	\$ 89	\$ 119	89M/101F	21	\$ 111	\$ 144	111M/129F
22	\$ 89	\$ 121	N/A	22	\$ 111	\$ 147	N/A
23	\$ 89	\$ 123	N/A	23	\$ 112	\$ 148	N/A
24	\$ 92	\$ 136	N/A	24	\$ 115	\$ 153	N/A
25	\$ 95	\$ 128	N/A	25	\$ 117	\$ 156	N/A
26	\$ 97	\$ 132	N/A	26	\$ 120	\$ 158	N/A
27	\$ 99	\$ 133	N/A	27	\$ 124	\$ 161	N/A
28	\$ 102	\$ 140	N/A	28	\$ 127	\$ 170	N/A
29	\$ 105	\$ 142	N/A	29	\$ 130	\$ 176	N/A
30	\$ 107	\$ 144	N/A	30	\$ 133	\$ 182	N/A
31	\$ 110	\$ 148	N/A	31	\$ 137	\$ 182	N/A
32	\$ 113	\$ 149	N/A	32	\$ 141	\$ 182	N/A
33	\$ 117	\$ 149	N/A	33	\$ 145	\$ 182	N/A
34	\$ 120	\$ 149	N/A	34	\$ 147	\$ 183	N/A
35	\$ 120	\$ 150	N/A	35	\$ 148	\$ 183	N/A
36	\$ 121	\$ 153	N/A	36	\$ 149	\$ 185	N/A
37	\$ 126	\$ 155	N/A	37	\$ 155	\$ 188	N/A
38	\$ 128	\$ 158	N/A	38	\$ 160	\$ 192	N/A
39	\$ 129	\$ 162	N/A	39	\$ 166	\$ 197	N/A
40	\$ 134	\$ 167	N/A	40	\$ 167	\$ 202	N/A
41	\$ 138	\$ 170	N/A	41	\$ 169	\$ 206	N/A
42	\$ 143	\$ 175	N/A	42	\$ 175	\$ 212	N/A
43	\$ 148	\$ 178	N/A	43	\$ 183	\$ 216	N/A
44	\$ 156	\$ 181	N/A	44	\$ 189	\$ 220	N/A
45	\$ 160	\$ 184	N/A	45	\$ 195	\$ 223	N/A
46	\$ 166	\$ 187	N/A	46	\$ 201	\$ 227	N/A
47	\$ 172	\$ 191	N/A	47	\$ 209	\$ 232	N/A
48	\$ 176	\$ 195	N/A	48	\$ 212	\$ 237	N/A
49	\$ 185	\$ 200	N/A	49	\$ 225	\$ 241	N/A
50	\$ 194	\$ 206	N/A	50	\$ 238	\$ 249	N/A
51	\$ 202	\$ 211	N/A	51	\$ 246	\$ 253	N/A
52	\$ 208	\$ 216	N/A	52	\$ 254	\$ 257	N/A
53	\$ 210	\$ 220	N/A	53	\$ 263	\$ 263	N/A
54	\$ 225	\$ 225	N/A	54	\$ 271	\$ 269	N/A
55	\$ 234	\$ 228	N/A	55	\$ 282	\$ 274	N/A
56	\$ 241	\$ 234	N/A	56	\$ 291	\$ 280	N/A
57	\$ 249	\$ 239	N/A	57	\$ 301	\$ 285	N/A
58	\$ 259	\$ 246	N/A	58	\$ 310	\$ 292	N/A
59	\$ 271	\$ 257	N/A	59	\$ 320	\$ 305	N/A
60	\$ 298	\$ 281	N/A	60	\$ 361	\$ 339	N/A
61	\$ 309	\$ 290	N/A	61	\$ 373	\$ 352	N/A
62	\$ 319	\$ 302	N/A	62	\$ 387	\$ 365	N/A
63	\$ 331	\$ 313	N/A	63	\$ 400	\$ 380	N/A
64	\$ 343	\$ 327	N/A	64	\$ 415	\$ 395	N/A

Optional Rider
Dental \$6.00 per member
Optical \$5.00 per member

PREMIUM CALCULATIONS							
	Sex	Age	Plan A	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 _____

Agency Name _____

Agent PMP Number _____

Telephone Number _____