

únete  
a la experiencia  
**Alianza**

**2024: Plan Médico para Pensionados  
menores de 65 años o sin Medicare  
Parte A y B**

**First MEDICAL**  
HEALTH PLAN, INC.

**Alianza**  
por la Salud del Pensionado

Beneficios	First Medical Classic
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP)</b>	Para beneficios de la cubierta básica y farmacia Individual: \$6,350 / Familiar \$12,700
<b>Servicios Hospitalarios</b>	
<b>Hospitalización</b>	\$0 / \$200
<b>Procedimientos Ambulatorios— Facilidad</b>	\$0 copago en la Red Preferida Afiliada 20% en la Red General
<b>Procedimientos Ambulatorios— Ofi- cina</b>	20% coaseguro dentro y fuera de la Red
<b>Hospitalización por Salud Mental o Abuso de Sustancias</b>	\$50 / \$100
<b>Sala Emergencia</b>	
<b>Accidente</b>	\$0 copago
<b>Enfermedad</b>	\$50 copago/ \$100 copago
<b>Visitas Médicas</b>	
<b>Generalista</b>	\$12 copago
<b>Especialista</b>	\$18 copago
<b>Sub-especialista</b>	\$20 copago
<b>Quiropráctico</b>	\$18 copago
<b>Manipulaciones Quiropráctico</b>	\$12 copago hasta 20 manipulaciones por año contrato combinadas con terapia física
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
<b>Terapias Físicas y Rehabilitación</b>	\$12 copago; hasta 20 terapias por año contrato combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.
<b>Terapias Respiratorias</b>	\$12 copago
<b>Terapias del Habla</b>	\$12 copago
<b>Terapia Ocupacional</b>	\$12 copago
<b>Laboratorios y Rayos X</b>	0% de coaseguro 40% de coaseguro
<b>Cáncer</b>	10% coaseguro dentro de la Red Metro Pavía 20% en la Red General
<b>Pruebas Diagnósticas y Especializa- das</b>	0% / 40%
<b>MRI, MRA, PT Scan, SPECT, Pet CT Scan</b>	40% de coaseguro, 1 por año contrato
<b>Beneficio Visión</b>	
<b>Examen visual</b>	<b>Refracción, Uno cada 12 meses después de copago de \$10</b>
<b>Lentes para Visión Sencilla</b>	<b>\$18 copago</b>
<b>Lentes Bifocales</b>	<b>\$20 copago</b>
<b>Lentes de Contacto</b>	<b>\$36 copago</b>
<b>Montura</b>	<b>100% después de un copago de \$18, una montura de la colección preferida de Ivision International. 20% de descuento en monturas fuera de la colección preferida.</b>

Beneficios	First Medical Classic
<b>Cubierta de Farmacia</b>	<b>Incluido</b>
<b>Genéricos - Preferidos</b>	\$10 copago dentro de la red \$15 fuera de la red
<b>Genéricos - No Preferidos</b>	\$15 copago dentro de la red \$20 fuera de la red
<b>Marca - Preferidas</b>	20% min \$15 dentro de la red 30% min \$25 fuera de la red
<b>Marca - No Preferidas</b>	30% min \$20 dentro de la red 35% min \$30 fuera de la red
<b>Especializados (Requiere preautorización)</b>	40%
<b>Beneficio Máximo</b>	\$2,000 por persona cubierta, de \$2,001 en adelante no cubierto
<b>Beneficio Dental</b>	<b>Incluido</b>
<b>Beneficio Máximo</b>	\$500 por año contrato
<b>Diagnóstico y Preventivo</b>	0% pediátrico dentro/ fuera de la red 0% Adultos dentro / fuera de la red
<b>Restaurativo Menor</b>	20% dentro de la red
<b>Restaurativo Mayor</b>	20% dentro y fuera de la red Sujeto a pre certificación.
<b>Tarifas luego de la aportación patronal de \$100, usted pagará:</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Individual</b>	\$191
<b>Pareja</b>	\$546
<b>Familiar</b>	\$733
<b>Cubierta de Gastos Médicos Mayores</b>	<b>Cubierta incluida dentro de las tarifas</b>
<b>Deducible Anual</b>	\$50 Individual / \$150 Familiar
<b>Coaseguro</b>	20% coaseguro
<b>Beneficio Máximo</b>	\$1,250,000
<b>Trasplante de Órganos</b>	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$1,000,000 por vida por suscriptor

**Tenemos alternativas de plan médico para ti.**  
**Llama hoy 787-474-0663** | 787-474-0658 TTY Audioimpedidos  
 lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

**Alianza**  
 por la Salud del Pensionado

**First MEDICAL**  
 HEALTH PLAN, INC.

Este documento representa un resumen de beneficios para propósitos informativos y no contiene todas las condiciones, beneficios y exclusiones. De haber alguna discrepancia entre este documento y la póliza prevalecerá lo que establece la póliza.