

únete
a la experiencia
Alianza

**2025: Plan Médico para Pensionados
menores de 65 años o sin Medicare
Parte A y B**



Beneficio	First Medical Classic
Visitas al Generalista	\$12 copago
Visitas al Especialista	\$18 copago
Visitas al Sub-especialista	\$20 copago
Quiropráctico	\$18 copago por visita. \$12 copago, hasta un máximo de 20 manipulaciones por año contrato combinadas con terapia física.
Visitas al Podiatra	\$15 copago
Visitas al Psiquiatra	\$15 copago
Terapias Respiratorias	\$12 copago
Terapias Físicas y Rehabilitación	\$12 copago, hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con manipulaciones de quiropráctico.
Hospitalización	\$0 copago/ \$200 copago
Procedimientos Ambulatorios Facilidad	20% coaseguro dentro y fuera de la Red
Procedimientos Ambulatorios Oficina	20% coaseguro dentro y fuera de la Red
Hospitalización por Salud Mental o Abuso de Sustancias	Hospitalización completa \$0/\$200 Hospitalización Parcial \$100
Sala de Emergencia Accidente	\$0 copago dentro y fuera de los Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Aliada)
Sala de Emergencia Enfermedad	\$50/ \$100
Laboratorios y Rayos X	0% de coaseguro 40% de coaseguro
MRI/MRA	40% de coaseguro, 1 por año contrato
Sonogramas	35% de coaseguro 1 por año contrato
Beneficio Visión	
Examen visual	Refracción, Uno cada 12 meses después de copago de \$10
Lentes para Visión Sencilla	\$18 copago
Lentes Bifocales	\$20 copago
Lentes de Contacto	\$36 copago
Montura	100% después de un copago de \$18, una montura de la colección Preferred de Ivision International. 20% de descuento en monturas fuera de la colección preferred.

Beneficios	First Medical Classic
Cubierta de Farmacia	Incluido
Genéricos- Preferidos	\$12 copago dentro y fuera de la red
Genéricos - No Preferidos	\$12 copago dentro y fuera de la red
Marca - Preferidas	25% min \$25 dentro y fuera de la red
Marca - No Preferidas	35% min \$30 dentro y fuera de la red
Especializados (Requiere preautorización)	40% coaseguro
Beneficio Máximo	\$2,000 por persona cubierta, de \$2,001 en adelante no cubierto
Beneficio Dental	Incluido
Preventivo / Diagnóstico	0% coaseguro
Restaurativo Menor	20% coaseguro
Restaurativo Mayor	20% coaseguro; sujeto a preautorización
Beneficio Máximo	\$500.00 por año
Tarifas luego de la aportación patronal de \$100, usted pagará:	
Edad	
Individual	\$187
Pareja	\$548
Familiar	\$735
Cubierta de Gastos Médicos Mayores	Incluido en la tarifa
Deducible Anual	\$50 Individual / \$150 Familiar
Coaseguro	20%
Beneficio Máximo	\$1,250,000
Seguro de Vida: \$5,000	Incluido en la tarifa



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.