

Resumen de prestaciones Hospitality Industry (HIHIT) Gold Plan



Entra en vigencia a partir del 1 de enero del 2011

Plan de salud Alliant Plus

Ref RQ-38584

Este documento es un breve resumen de las prestaciones. NO ES UN CONTRATO, NI TAMPOCO UN CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de las prestaciones, incluyendo la atención de medicina alternativa, son para la obtención de servicios que sean médicamente necesarios. El afiliado pagará la parte pertinente del desglose del costo del servicio con cobertura o el cargo completo de este servicio, el que sea menor. Para obtener información más detallada sobre la cobertura y las limitaciones, comuníquese con los departamentos de ventas, servicio al cliente, o consulte el contrato del plan.

De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Accesible de 2010,

- Ya no se aplica el máximo vitalicio sobre el valor monetario de prestaciones esenciales cubiertas. Los afiliados cuya cobertura terminó por llegar a un máximo vitalicio bajo este plan son elegibles para inscribirse en este plan, y
- Hijos dependientes menores de veintiséis (26) años son elegibles para inscribirse en este plan.

Prestaciones	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	Por afiliado: \$500 por año Por familia: \$1.500 por año	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red
Deducible arrastrado del cuarto trimestre	Se aplica	Se aplica
Coseguro del plan	Plan paga 80%, Ud. Paga 20%	Plan paga 70%, Ud. paga 30% de los gastos usuales, habituales y razonables (UCR por sus siglas en inglés).
Exención del deducible y/o coseguro	Las primeras cuatro (4) visitas por año sin deducible ni coseguro, servicios de laboratorio con cobertura total para los primeros \$500 por año	Igual que dentro de la red
Límite de gastos por cuenta propia del afiliado	Por afiliado: \$3.000 Por familia: \$6.000 El costo total por cuenta propia por los siguientes servicios con cobertura está incluido en el límite de gastos por cuenta propia: Coseguro del plan, servicios de emergencia en una institución perteneciente a la MHCN, y servicios de ambulancia.	Compartido con límite dentro de la red El costo total por cuenta propia por los siguientes servicios con cobertura está incluido en el límite de gastos por cuenta propia: Coseguro del plan, servicios de emergencia en una institución no perteneciente a la MHCN, y servicios de ambulancia.
Condiciones preexistentes (PEC)	No hay espera	Igual que dentro de la red
Máximo vitalicio	Ilimitado	Compartido con límite dentro de la red
Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Cirugías ambulatorias: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Cirugías ambulatorias: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Medicamentos recetados (algunos medicamentos inyectables pueden estar cubiertos bajo servicios para pacientes ambulatorios)	Formulario genérico/formulario de marca \$15/\$30 copago por cada abastecimiento de 30 días	Formulario genérico/formulario de marca \$20/\$35 copago por cada abastecimiento de 30 días
Despacho de medicinas por correo	2 x copago de medicamentos por un abastecimiento de 90 días	Sin cobertura
Acupuntura	Hasta 8 consultas auto-remitidas por diagnóstico médico por año; consultas adicionales cuando sean aprobadas por el plan. \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Servicios de ambulancia	Plan paga 80%, Ud. paga 20%	Igual que dentro de la red

Dependencia de sustancias químicas	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Dispositivos, equipos e insumos médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Dispositivos ortopédicos Sostenes para uso posterior a una mastectomía [límite de dos(2) cada seis (6) meses] Insumos para ostomías Dispositivos prostéticos 	Cobertura del 80% hasta \$5.000 (\$4.000 prestación máxima, compartida entre dentro y fuera de la red) por año Cobertura del 80% hasta \$40.000 (\$32.000 prestación máxima compartida entre dentro y fuera de la red) por año	Cobertura del 80% hasta \$5.000 (\$4.000 prestación máxima, compartida entre dentro y fuera de la red) por año, se aplica el deducible Cobertura del 80% hasta \$40.000 (\$32.000 prestación máxima compartida entre dentro y fuera de la red) por año, se aplica el deducible
Insumos para el tratamiento de la diabetes	Insulina, agujas, jeringas y lancetas; ver sección sobre medicamentos para pacientes ambulatorios. Bombas externas de insulina, monitores de glucosa en la sangre y reactivos e insumos para realizar exámenes; ver sección sobre dispositivos, equipos e insumos médicos. Cuando los dispositivos, equipos e insumos o los medicamentos para pacientes ambulatorios cuentan con cobertura y no pueden exceder un monto máximo, los insumos para el tratamiento de la diabetes no están sujetos a dicho máximo.	Insulina, agujas, jeringas y lancetas; ver sección sobre medicamentos para pacientes ambulatorios. Bombas externas de insulina, monitores de glucosa en la sangre y reactivos e insumos para realizar exámenes; ver sección sobre dispositivos, equipos e insumos médicos. Cuando los dispositivos, equipos e insumos o los medicamentos para pacientes ambulatorios cuentan con cobertura y no pueden exceder un monto máximo, los insumos para el tratamiento de la diabetes no están sujetos a dicho máximo.
Servicios de laboratorio y radiología para diagnósticos	Servicios hospitalarios: Con cobertura bajo los servicios hospitalarios. Servicios ambulatorios: Cobertura total hasta \$500 por año, luego se aplican el deducible y el coseguro. Los servicios radiológicos de imágenes de alta resolución tales como de CT, de MR y de PET deben ser determinados como médicamente necesarios y requieren de autorización previa a no ser que sean parte de los servicios de la sala de emergencia o del tratamiento a un paciente internado en el hospital.	Servicios hospitalarios: Con cobertura bajo los servicios hospitalarios. Servicios ambulatorios: Cobertura total hasta \$500 por año, luego se aplican el deducible y el coseguro. Los servicios radiológicos de imágenes de alta resolución tales como de CT, de MR y de PET deben ser determinados como médicamente necesarios y requieren de autorización previa a no ser que sean parte de los servicios de la sala de emergencia o del tratamiento a un paciente internado en el hospital.
Servicios de emergencia (copago exento en caso de internación)	\$75 copago Se aplican el deducible y el coseguro	\$125 copago Se aplican el deducible y el coseguro
Exámenes auditivos (rutinarios)	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Dispositivos de asistencia auditiva	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de salud en el hogar	Cobertura total, sin límite de consultas	Sin límite de consultas Se aplican el deducible y el coseguro
Servicios para pacientes terminales	Cobertura total	Se aplican el deducible y el coseguro
Servicios de infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura
Terapia manipulativa	Hasta 20 consultas auto-remitidas por año \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Servicios de masaje	Consulte la sección sobre los servicios de rehabilitación	Consulte la sección sobre los servicios de rehabilitación
Servicios de maternidad y embarazo	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro

Servicios de salud mental	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Naturopatía	Hasta 3 consultas auto-remitidas por diagnóstico médico por año; con consultas adicionales cuando sean aprobadas por el plan \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Cirugía para la obesidad (bariátrica)	Sin cobertura	Sin cobertura
Transplante de órganos Búsqueda de un donador y de extracción, se aplica el máximo vitalicio	\$350.000 máximo vitalicio; incluye \$50.000 para buscar al donador y para la extracción de los órganos; espera de 6 meses. Crédito disponible por tiempo cumplido. Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Servicios preventivos Exámenes físicos, inmunizaciones (vacunas), exámenes Papanicolaou y mamografía	\$25 copago, (se eximen el deducible y el coseguro)	\$25 copago, (se eximen el deducible y el coseguro) Mamografía rutinaria: Se aplican el deducible y el coseguro
Servicios de rehabilitación Servicios de terapia laboral, física, restauradora del habla incluyendo servicios para niños menores de seis (6) años con daños de neurodesarrollo; combinados por año	Servicios hospitalarios: 60 días por año Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: 60 consultas por año \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Centro de convalecencia	Hasta 60 días por año, se aplican el deducible y el coseguro	Límites compartidos con aquéllos dentro de la red, se aplican el deducible y el coseguro
Esterilización (vasectomía, ligadura de las trompas de Falopio)	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Servicios de disfunción temporomandibular (TMJ)	\$1.000 por año; \$5.000 máximo vitalicio Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Tratamiento antitabaquismo	Programa Free & Clear – cobertura total. Consulte la sección de “Medicamentos recetados” para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos asociados.	Sin cobertura
Servicios oculares Exámenes oculares rutinarios (uno al año) Sin límite cuando sea médicamente necesario	\$25 copago, se eximen el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
Marcos o armazones para lentes	\$50 por cada 24 meses No se aplican ni el deducible ni el coseguro	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red

