

# Resumen de prestaciones Hospitality Industry (HIHIT) Platinum Plan



Entra en vigencia a partir del 1 de enero del 2011

**Plan de salud** Alliant Plus

**Ref** RQ-38585

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
<b>Deducible anual</b>	Por afiliado: \$200 por año Por familia: \$600 por año	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red
<b>Deducible arrastrado del cuarto trimestre</b>	No se aplica	No se aplica
<b>Coseguro del plan</b>	Plan paga 90%, Ud. Paga 10%	Plan paga 80%, Ud. paga 20% de los gastos usuales, habituales y razonables (UCR por sus siglas en inglés).
<b>Exención del deducible y/o coseguro</b>	El deducible no se aplica a los servicios ambulatorios.	El deducible no se aplica a los servicios ambulatorios.
<b>Límite de gastos por cuenta propia del afiliado</b>	Por afiliado: \$3.000 Por familia: \$9.000  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.
<b>Condiciones preexistentes (PEC)</b>	No hay espera	Igual que dentro de la red
<b>Máximo vitalicio</b>	Ilimitado	Compartido con máximo dentro de la red
<b>Servicios ambulatorios (consultas)</b>	\$20 copago atención primaria/\$40 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	\$20 copago atención primaria/\$40 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
<b>Servicios hospitalarios</b>	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Cirugías ambulatorias:</b> \$20 copago atención primaria/\$40 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Cirugías ambulatorias:</b> \$20 copago atención primaria/\$40 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
<b>Medicamentos recetados</b> (algunos medicamentos recetados pueden estar cubiertos bajo servicios ambulatorios)	Formulario genérico/formulario de marca \$20/\$40 copago por cada abastecimiento de 30 días	Formulario genérico/formulario de marca \$25/\$45 copago por cada abastecimiento de 30 días
<b>Despacho de medicinas por correo</b>	\$5 descuento para cada abastecimiento de 30 días	Sin cobertura
<b>Acupuntura</b>	Hasta 8 consultas auto-remitidas por diagnóstico médico por año; consultas adicionales cuando sean aprobadas por el plan. \$20 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	\$20 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
<b>Servicios de ambulancia</b>	Plan paga 80%, Ud. paga 20%	Igual que dentro de la red



<b>Servicios de salud mental</b>	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Naturopatía</b>	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
<b>Cirugía para la obesidad (bariátrica)</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Transplante de órganos</b> Búsqueda de un donador y de extracción, se aplica el máximo vitalicio	Ilimitado, sin espera <b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. <b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Servicios preventivos</b> Exámenes físicos, inmunizaciones (vacunas), exámenes Papanicolaou y mamografía	Cobertura total	\$25 copago, (se eximen el deducible y el coseguro) Mamografía rutinaria: Se aplican el deducible y el coseguro
<b>Servicios de rehabilitación</b> Servicios de terapia laboral, física, restauradora del habla incluyendo servicios para niños menores de seis (6) años con daños de neurodesarrollo; combinados por año	<b>Servicios hospitalarios:</b> 60 días por año \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> 60 consultas por año \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	<b>Servicios hospitalarios:</b> Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Centro de convalecencia</b>	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
<b>Esterilización (vasectomía, ligadura de las trompas)</b>	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	<b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Servicios de disfunción temporomandibular (TMJ)</b>	\$1.000 por año; \$5.000 máximo vitalicio <b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red <b>Servicios hospitalarios:</b> \$200 copago por internación, se aplican el deducible y el coseguro <b>Servicios ambulatorios:</b> \$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Tratamiento antitabaquismo</b>	Programa Free & Clear – cobertura total. Consulte la sección de Medicamentos recetados para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos asociados.	Sin cobertura
<b>Servicios oculares</b> (Una consulta cada 12 meses)	\$25 copago, se eximen el deducible y el coseguro	\$25 copago, se aplican el deducible y el coseguro
<b>Marcos o armazones para lentes</b> Lentes, incluyendo lentes de contacto y marcos	\$250 por cada 24 meses No se aplican ni el deducible ni el coseguro	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red

