

Resumen de prestaciones Hospitality Industry (HIHIT) Bronze Plan



Entra en vigencia a partir del 1 de enero del 2011

Plan de salud Alliant Plus

Ref RQ-38581

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: \$3.000 por año Por familia: \$9.000 por año	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red
Deducible arrastrado del cuarto trimestre	No se aplica	No 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	El deducible no se aplica a los servicios ambulatorios.	El deducible no se aplica a los servicios ambulatorios.
Límite de gastos por cuenta propia del afiliado	Por afiliado: \$5.000 Por familia: \$15.000 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 aquél máximo dentro de la red
Servicios ambulatorios (consultas)	\$25 copago atención primaria/\$50 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	\$25 copago atención primaria/\$50 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Cirugías ambulatorias: \$25 copago atención primaria/\$50 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Cirugías ambulatorias: \$25 copago atención primaria/\$50 copago especialista, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
Medicamentos recetados (algunos medicamentos inyectables 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
Despacho de medicinas por correo	\$5 descuento para cada abastecimiento de 30 días	Sin cobertura
Acupuntura	Hasta 8 consultas auto-remitidas por diagnóstico médico por año; consultas adicionales cuando sean aprobadas por el plan. \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	\$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
Servicios de ambulancia	Plan paga 80%, Ud. paga 20%	Igual que dentro de la red

Servicios de salud mental	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	Servicios hospitalarios: se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
Naturopatía	Hasta 3 consultas auto-remitidas por diagnóstico médico por año; con consultas adicionales cuando sean aprobadas por el plan \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	\$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica 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	Ilimitado, sin espera Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	Límites compartidos con aquéllos dentro de la red. Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro
Servicios preventivos Exámenes físicos, inmunizaciones (vacunas), exámenes Papanicolaou y mamografía	Cobertura total	\$25 copago, (se eximen el deducible y el coseguro) Mamografía rutinaria: Se aplica 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, no se aplica el deducible, se aplica 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, no se aplica el deducible, se aplica 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)	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica 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, no se aplica el deducible, se aplica el coseguro	Compartido con aquéllas prestaciones dentro de la red Servicios hospitalarios: Se aplican el deducible y el coseguro Servicios ambulatorios: \$25 copago, no se aplica el deducible, se aplica 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 (Una consulta cada 12 meses)	\$25 copago, se eximen el deducible y el coseguro	Sin cobertura
Marcos o armazones para lentes Lentes, incluyendo lentes de contacto y marcos	Sin cobertura	Sin cobertura

