



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



Esta matriz está diseñada para ayudarlo a comparar los beneficios cubiertos y es solo un resumen. Consulte la sección “Descripción de beneficios” para obtener una descripción detallada de los beneficios cubiertos y las limitaciones.

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
Servicios de hospital para pacientes internos	Habitación y comida, cuidado de enfermería y todos los servicios auxiliares médicamente necesarios.	Sin copago.
Servicios de hospital para pacientes externos	Servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos realizados en un hospital o centro para pacientes externos.	Sin copago, excepto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla realizada de manera ambulatoria. ▪ \$25 por consulta para servicios de cuidado de salud de emergencia (no se aplica si el miembro es hospitalizado).
Servicios profesionales	Servicios y consultas de un médico u otro proveedor de cuidado de salud con licencia.	\$10 por consulta en la oficina del doctor o cita de telesalud, excepto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios profesionales para pacientes internos en el hospital no tienen copago. ▪ Las cirugías, anestesia, tratamientos de radioterapia, quimioterapia o diálisis no tienen copago.



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



		<ul style="list-style-type: none">Las pruebas de visión pediátrica no tienen copago.Las pruebas de audición o de audífonos no tienen copago.
Servicio de salud preventivo	Exámenes de salud periódicos que incluyen todas las pruebas de diagnóstico de rutina, pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de laboratorio correspondientes a dichos exámenes, pruebas de detección de cáncer colorrectal, vacunas y servicios para la detección de enfermedades asintomáticas.	Sin copago.
Procedimiento de diagnóstico por rayos X y servicios de laboratorio	Servicios de laboratorio y servicios de radiología terapéuticos y de diagnóstico necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los miembros.	Sin copago.
Cuidado de la diabetes	Equipos y suministros para el manejo y tratamiento de la diabetes con uso de insulina, la diabetes sin uso de insulina y la diabetes gestacional, según sea médicamente necesario, incluso si los artículos están disponibles sin receta médica.	\$10 de copago por visita a la oficina del doctor; copagos para las medicinas, según se describe en la sección "Programa de medicinas recetadas" de este cuadro.



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



<p>Programa de medicinas recetadas</p>	<p>Medicinas recetadas por un profesional con licencia.</p>	<p>\$5 por receta médica para un suministro de 30 días de medicinas genéricas (Nivel 1 de medicinas), \$15 por receta médica para un suministro de 30 días de medicinas de marca (Nivel 2 de medicinas). \$5 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas diarias de medicinas genéricas (Nivel 1 de medicinas), \$15 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas de marca (Nivel 2 de medicinas).</p> <p>Si el costo de la medicina es menor al del copago, el miembro pagará el costo más bajo. Las medicinas recetadas proporcionadas en un centro para pacientes internos no tienen copago.</p> <p>Las medicinas administradas en la oficina del doctor o en un centro para pacientes externos no tienen copago.</p> <p>Los anticonceptivos no tienen copagos.</p> <p><i>*montos de coseguro de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1367.656.</i></p>
--	---	---



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



Equipo médico duradero	Equipo médico apropiado para usar en el hogar que sirve principalmente para un propósito médico, está destinado para su uso continuo y, en general, no es útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión.	Sin copago.
Aparatos correctores y prótesis	Dispositivos originales y de reemplazo, según lo recetado por un profesional con licencia.	Sin copago.
Anteojos y lentes para cataratas	Anteojos y lentes para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan al lente natural del ojo después de una cirugía de cataratas.	Sin copago.
Cuidado de maternidad	Servicios profesionales y de hospital relacionados con el cuidado de maternidad.	Sin copago.
Servicios de planificación familiar	Servicios voluntarios de planificación familiar. Medicinas y dispositivos anticonceptivos conforme al beneficio de medicinas recetadas del plan.	Sin copago.
Servicios de transporte médico	Ambulancia de emergencia, incluido el transporte en ambulancia aérea y el transporte que no sea de emergencia para transferir a un miembro de un hospital a otro, de un hospital a un centro, o bien para trasladarlo de un centro a su hogar.	Sin copago.



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



Servicios de cuidado de salud de emergencia	Los servicios de emergencia están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan, y dentro y fuera de los centros contratados por el plan.	\$25 por consulta (no se aplica si el miembro es hospitalizado).
Servicios de cuidado de salud mental Servicios de salud mental para pacientes internos	Diagnóstico y tratamiento de una condición de salud mental. Cuidado de salud mental en un hospital contratado cuando un proveedor de salud mental participante ordena y realiza el tratamiento de una condición de salud mental.	Sin copago. Sin límite de días.
Servicios de cuidado de salud mental para pacientes externos	Cuidado de salud mental cuando un proveedor de salud mental participante lo ordena y realiza.	\$10 por consulta. Sin límite de consultas.
Servicios para pacientes internos con trastornos relacionados con el uso de drogas	Servicios de tratamiento por abuso de drogas y servicios de tratamiento residencial para pacientes internos.	Sin copago. Sin límite de días.
Servicios para pacientes externos con trastornos relacionados con el uso de drogas	Intervención en casos de crisis y tratamiento de pacientes internos con condiciones por trastornos relacionados con el uso de drogas.	\$10 por consulta. Sin límite de consultas.
Servicios de cuidado de salud en el hogar	Servicios proporcionados por el personal de cuidado de salud en el hogar.	Sin copago, excepto \$10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla.



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



Cuidado de enfermería especializada	Servicios proporcionados en un centro de cuidado de enfermería especializado con licencia.	Sin copago. El beneficio está limitado a un máximo de 100 días por año de beneficio.
Terapia de rehabilitación (física, ocupacional y del habla)	La terapia puede proporcionarse en la oficina del doctor o en otro centro para pacientes externos.	\$10 por consulta cuando se realiza en un centro para pacientes externos. Sin copago por terapia como paciente interno.
Sangre y productos hemoderivados	Incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos hemoderivados en centros para pacientes internos y externos.	Sin copago.
Trasplantes de órganos	Cobertura para trasplante de órganos y trasplante de médula ósea que no sean experimentales o de investigación.	Sin copago.
Cirugía reconstructiva	Realizada en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedad y que se realiza para mejorar la función o crear una apariencia normal.	Sin copago.
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Prueba y tratamiento de la PKU.	Sin copago.
Pruebas clínicas para cáncer	Cobertura de la participación de un miembro en una prueba clínica para cáncer, de la Fase I a la Fase IV, cuando el médico del miembro haya recomendado la participación en la prueba y el miembro cumpla ciertos requisitos.	\$10 de copago por visita a la oficina del doctor. Copago para medicinas según se describe en la sección "Programa de medicinas recetadas".



Alliance Care IHSS cuadro de beneficios



Acupuntura	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	\$10 por consulta. El beneficio está limitado a 20 consultas por año de beneficio.
Quiropráctico	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	\$10 por consulta. El beneficio está limitado a 20 consultas por año de beneficio.
Retro-alimentación biológica	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	\$10 por consulta.
Deducibles	No se cobrarán deducibles por beneficios cubiertos.	
Máximo de por vida	Este plan no aplica límites máximos de por vida en los beneficios.	
Copago máximo anual	\$3,000 por año de beneficio.	

Los beneficios solo se proporcionan por servicios que sean médicamente necesarios.