

IdealCare Bronce / \$25 PCP / \$11 Medicamentos Genéricos /Telemedicina gratuita

Programa de cobertura médico-quirúrgica y de salud conductual/trastorno por abuso de sustancias

La siguiente información es un resumen de los beneficios descritos en su Evidencia de cobertura. Es importante que la lea detenidamente para conocer los requisitos, las disposiciones, limitaciones y exclusiones del plan.

El presente Programa de cobertura no es un Complemento de Medicare. Si usted es elegible para Medicare, consulte la Guía de seguros de salud para personas con Medicare que la empresa pone a su disposición.

Aclaración: el presente Plan de beneficios de salud a elección del cliente no incluye todos los beneficios de seguro de salud obligatorios del estado. Algunos de los beneficios se proporcionan de manera reducida respecto de lo que exige el estado. Los beneficios reducidos se indican en la tabla que aparece a continuación y, por separado, en el Formulario de divulgación de beneficios.

Disposiciones generales sobre el pago	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red	Proveedor de salud indio (IHCP) (Usted pagará el monto menor)
Deducibles por año calendario (se aplican a todos los gastos elegibles, incluidos los de farmacia)	\$[0 – 8,550.00] Individual/\$[0 – 17,100.00] Familiar (los servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el plan o sean servicios de emergencia)		\$0 Individual/\$0 Familiar
Límites de pago de bolsillo (se aplican a todos los gastos elegibles, incluidos los de farmacia)	\$[0 – 8,550.00] Individual/\$[0 – 17,100.00] Familiar (los servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el plan o sean servicios de emergencia)		\$0 Individual/\$0 Familiar
Beneficios máximos de por vida – por participante	Ilimitados (los servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el plan o sean servicios de emergencia)		
Visita al consultorio/consulta al médico para tratar una herida o afección	100% del monto permitido después de un Copago de \$[0-25.00] por visita	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Visita al consultorio/consulta al especialista	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

Visitas al consultorio de otro profesional de la salud (enfermera/o, auxiliar médico)	100% del monto permitido después de un Copago de \$[0-25.00] por visita	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios quirúrgicos/ Cirujano/a para prácticas ambulatorias	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Hospicio	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Visita a un Centro de atención de urgencia	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios de atención médica domiciliaria Con un límite de 60 visitas por año	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios en sala de emergencias	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo.	100% del monto permitido
Transporte médico de emergencia / ambulancia	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por transporte *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por transporte *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo.	100% del monto permitido
Servicios hospitalarios para pacientes internados (estadía en el hospital): todos los servicios y	100% del monto permitido después	Sin cobertura para servicios fuera de la red	

suministros hospitalarios habituales, están incluidos: habitación semiprivada, cuidados intensivos y unidades de cuidados coronarios	del deducible por año calendario por estadía *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo		100% del monto permitido
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes internados	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Centro de enfermería especializada Con un límite de 25 visitas por año.	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por estadía *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Atención prenatal y posnatal	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios profesionales para el parto / nacimiento	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Parto y todos los servicios de internación para la atención de maternidad	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por parto *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios de atención ambulatoria de salud mental / conductual*	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios hospitalarios de salud mental/conductual para pacientes internados*	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por estadía *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

Servicios ambulatorios para pacientes con trastornos por abuso de sustancias *	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios para pacientes internados con trastornos por abuso de sustancias *	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por estadía *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Rehabilitación ambulatoria	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios de habilitación	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios quiroprácticos con un límite de 35 visitas por año	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Equipo médico duradero	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Audífonos para adultos (1 por oído cada 3 años)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por audífono *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Audífono o implante coclear, servicios relacionados y	100% del monto permitido después	Sin cobertura para servicios fuera de la red	

suministros, si son medicamente necesarios, para todos los individuos cubiertos incluyendo a personas que tienen 18 años o menores. Comuníquese con el Departamento de servicio al cliente de Sendero al 1-844-800-4693 para conocer el costo del audífono o implante coclear	del deducible por año calendario por audífono o implante coclear *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo.		100% del monto permitido
Diagnóstico por imágenes (Tomografías Computarizadas / PET, Resonancias Magnéticas)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo.	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Atención preventiva/detección/vacunación	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Examen anual de la mujer sana – incluye las pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y ovario (a partir de los 18 años)	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Prueba anual de detección de cáncer de mama oculto mediante mamografía de baja dosis en mujeres a partir de los 35 años – Centro ambulatorio o centro de diagnóstico por imágenes y componente médico.	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Densitometría ósea para determinar la densidad ósea y diagnosticar osteoporosis y si existe riesgo de fracturas asociadas con la osteoporosis, para personas que cumplan con los requisitos	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Examen anual de rutina para la detección de cáncer de próstata, incluye una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para un hombre cubierto de 40 años o más	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

Cuidado de los pies de rutina	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Examen de rutina de la vista para niños (1 por año)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Anteojos para niños (1 juego de monturas con lentes o lentes de contacto por año)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Chequeo dental para niños	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Terapia de rehabilitación del habla	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Terapia ocupacional y fisioterapia para rehabilitación	100% del monto permitido después del deducible por año calendario por visita *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Visitas y cuidados del bebé sano	100% del monto permitido	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Servicios profesionales y de laboratorio ambulatorios	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

La administración de sangre completa, incluido el costo de sangre, plasma sanguíneo y expansores de plasma sanguíneo, son servicios cubiertos	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Radiografías e imágenes diagnósticas	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Dental básico - Infantil	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Ortodoncia - Infantil	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Atención dental de alta complejidad - Infantil	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Transplante	[0-20]% de la cantidad permitida después del deducible por año calendario	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Accidente dental	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Diálisis	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Pruebas de alergia	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

	Costo Compartido Cero sin cargo		
Quimioterapia	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Radiación	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Educación sobre diabetes	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Prótesis	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Terapia de infusión	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Tratamiento para los trastornos de la articulación temporomandibular	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Asesoramiento nutricional	100% del monto permitido después de un Copago de \$[0-5.00] por visita	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Cirugía reconstructiva	[0-20]% de la cantidad permitida después del deducible por año calendario	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido

Mamografía	100% del monto permitido después de un Copago de \$[0-250.00] después del deducible por año calendario	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Enfermedad cardiovascular	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Osteoporosis	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Manejo del cuidado de la diabetes	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Trastorno metabólico hereditario (PKU)	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Atención posmastectomía	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Daño cerebral	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Cobertura para el donante de órganos	100% del monto permitido después del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
Desórdenes del espectro autista	100% del monto permitido después		

	del deducible por año calendario *Plan de Costo Compartido Cero sin cargo	Sin cobertura para servicios fuera de la red	100% del monto permitido
--	---	--	--------------------------

*Los Planes de salud de Sendero (Sendero) proporcionarán beneficios y cobertura a los pacientes con problemas de salud mental y trastornos por consumo de sustancias bajo los mismos términos y condiciones aplicables a la cobertura y los beneficios médicos y quirúrgicos del plan. Sendero no puede imponer limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a los beneficios por un problema de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que sean, en términos generales, más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a la cobertura de beneficios para gastos médicos o quirúrgicos.