

IdealCare Platinum

Programa de cobertura Médico-quirúrgica y de Salud conductual/Trastorno por abuso de sustancias

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

Como Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), IdealCare puede imponer cargos de copago para complementar el pago de los servicios de atención médica. Una opción de copago razonable no puede exceder el 50% del costo total de los servicios prestados. Además, una HMO no puede imponer cargos de copago que excedan el 200% del costo total de la prima anual pagado por o en nombre del afiliado durante el año calendario. La limitación se aplica solo si el afiliado demuestra que se han pagado copagos por dicho monto ese año.

Disposiciones generales sobre el pago	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducibles por año calendario (se aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia)	\$0 Individual/\$0 Familiar (Los Servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el Plan o sean Servicios de emergencia)	
Límites de pago de bolsillo (se aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia)	\$3,350 Individual/\$6,700 Familiar (Los Servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el Plan o sean Servicios de emergencia)	
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 de un médico para tratar una herida o afección	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Atención preventiva/Detección/Inmunización	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Visita al consultorio/consulta de un especialista	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Visitas al consultorio de otro profesional de la salud	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Visita a un Centro de Atención de Urgencia	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Visita ambulatoria a la sala de emergencias/sala de tratamiento de un hospital	100% del Monto permitido luego de un	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$100 por Visita

	Copago de \$100 por Visita	
Traslado médico de emergencia	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Traslado	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Traslado
Gastos de internación en un hospital – Todos los servicios y suministros hospitalarios habituales, incluidos una habitación semiprivada, cuidados intensivos y unidades de cuidados coronarios	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$150 por Estancia	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Visitas a pacientes internados (Médico/cirujano)	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$150 por Estancia	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
La administración de sangre completa (incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores del plasma sanguíneo) es un servicio cubierto	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios de laboratorio ambulatorios y profesionales	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Terapia de infusión en el hogar	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Tarifa de un Centro de cirugía ambulatoria	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$45	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios quirúrgicos de un médico prestados en un entorno ambulatorio	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$50	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Centro de enfermería especializada Limitado a 25 visitas por año	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$250.00 por Estancia	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Atención médica en el hogar Limitado a 60 visitas por año	100% del Monto permitido luego de un	Sin cobertura para Servicios fuera de la red

	Copago de \$10 por Visita	
Hospicio para cuidados paliativos	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios de salud mental con internación*	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$150 por Estancia	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios de salud mental ambulatorios*	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios para el trastorno por consumo de sustancias con internación*	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$150 por Estancia	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios para el trastorno por consumo de sustancias ambulatorios*	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Examen anual de la vista para Miembros hasta los 21 años	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Anteojos recetados anuales para Miembros hasta los 21 años (1 set de montura y cristales o lentes de contacto)	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Atención prenatal y posnatal	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por la Visita prenatal inicial	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Servicios de parto y todos los servicios de internación	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$150 por Parto	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
La administración de una prueba de detección para recién nacidos, incluido el costo de un kit de prueba por el monto que exige el artículo 33.019 del Código de Salud y Seguridad	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Examen anual de bienestar de la mujer – incluidas las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de ovario (a partir de los 18 años)	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red

<p>Prueba anual de detección de cáncer de mama oculto mediante mamografía de baja dosis en mujeres participantes a partir de los 35 años en un centro ambulatorio o un centro de imágenes médicas, y componente del médico. La restricción de 35 años o más no se aplica a las pruebas de detección mediante mamografía diagnóstica.</p> <p>La mamografía diagnóstica consiste en la evaluación de nuevas anormalidades o de pacientes con anormalidades pasadas que requieren seguimiento. Se utiliza para diagnosticar cambios inusuales en las mamas (como un bulto, dolor, secreción del pezón, cambios en el tamaño o la forma de las mamas) y diagnosticar un cáncer de mama previo.</p>	<p>100% del Monto permitido</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Densitometría ósea para detectar baja masa ósea y determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis para personas que cumplan con los requisitos</p>	<p>100% del Monto permitido</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Examen anual de rutina para detectar el cáncer de próstata, incluida una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para una Persona cubierta a partir de los 40 años</p>	<p>100% del Monto permitido</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Rehabilitación</p>	<p>100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p>100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Equipo</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Audífonos para adultos (1 por oído cada 3 años)</p>	<p>100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Audífono</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>
<p>Audífono o Implante coclear, servicios y suministros relacionados para una Persona cubierta, si fuesen médicamente necesarios</p>	<p>100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Audífono o Implante Coclear</p>	<p>Sin cobertura para Servicios fuera de la red</p>

Leche maternizada (fórmula) en base a aminoácidos	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Productos para el manejo de la fenilcetonuria (PKU)	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Control dental de niños	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Atención dental básica - Niños	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Atención dental de alta complejidad - Niños	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Ortodoncia - Niños	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$10 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red

* IdealCare de Sendero Health Plans (IdealCare) proporcionará beneficios y cobertura para problemas de salud mental y trastornos por consumo de sustancias bajo los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y la cobertura médicos y quirúrgicos del plan. IdealCare no puede imponer limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a los beneficios para 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.

“Monto permitido” significa el monto máximo que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto. También se lo puede denominar “gasto elegible”, “pago permitido” o “tasa negociada”. Cuando un proveedor cobra más del monto permitido del plan y le factura la diferencia, se dice que existe una facturación de saldo. Los proveedores dentro la red no pueden facturarle el saldo por servicios cubiertos. Si esto sucede, comuníquese con IdealCare al 1-844-800-4693.