

**SelectCare Expanded Bronze Simple**  
**Free 24/7 Doctor by Phone / \$25 PCP / \$10 Generic Rx**

**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. Este plan tiene una red limitada, vaya a <https://senderohealth.com/idealcareeng/providers.html> o llame a 1-844-800-46393 para una lista de proveedores en la red.

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. El siguiente beneficio se proporciona a un nivel reducido 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.

<b>Disposiciones generales sobre el pago</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>	<b>Proveedor de Salud Indio (IHCP) (Usted pagará el monto menor)</b>
Deducibles por año calendario (se aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia)	\$0-8,150 Individual/\$0-16,300 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 aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia)	\$0-8,150 Individual/\$0-16,300 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 de un médico para tratar una herida o afección	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$0-25 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Atención preventiva/Detección/Inmunización	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Visita al consultorio/consulta de un especialista	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

Visitas al consultorio de otro profesional de la salud	100% del Monto permitido luego de un Copago de \$0-25 por Visita	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Visita a un Centro de Atención de Urgencia	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Visita ambulatoria a la sala de emergencias/sala de tratamiento de un hospital	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	100% del Monto permitido
Traslado médico de emergencia	100% del Monto permitido por Traslado después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	100% del Monto permitido por Traslado después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	100% del Monto permitido
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 por Estancia después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Visitas a pacientes internados (Médico/cirujano)	100% del Monto permitido por Estancia después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
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 por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

Imágenes médicas (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios de laboratorio ambulatorios y profesionales	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Terapia de infusión en el hogar	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Tarifa de un Centro de cirugía ambulatoria	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios quirúrgicos de un médico prestados en un entorno ambulatorio	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Centro de enfermería especializada Limitado a 25 visitas por año	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Atención médica en el hogar Limitado a 60 visitas por año	100% del Monto permitido * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Hospicio para cuidados paliativos	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

Servicios hospitalarios de salud mental con internación*	100% del Monto permitido por Estancia después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios hospitalarios de salud mental ambulatorios*	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios hospitalarios para el trastorno por consumo de sustancias con internación*	100% del Monto permitido por Estancia después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios hospitalarios para el trastorno por consumo de sustancias ambulatorios*	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Examen anual de la vista para Miembros hasta los 21 años	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Anteojos recetados anuales para Miembros hasta los 21 años (1 set de montura y cristales o lentes de contacto)	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Atención prenatal y posnatal	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Servicios de parto y todos los servicios de internación	100% del Monto permitido por Parto después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

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	100% del Monto permitido
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	100% del Monto permitido
<p>Prueba anual de detección de cáncer de mama oculto mediante mamografía de baja dosis en mujeres participantes a partir de los 35 años – Centro ambulatorio o 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 anomalías o de pacientes con anomalías 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>	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
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	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
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	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

Rehabilitación	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	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 por Equipo *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	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 Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Audífono o Implante coclear, servicios y suministros relacionados para una Persona cubierta, si fuesen médicamente necesarios	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario por Audífono o Implante coclear *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Leche maternizada (fórmula) en base a aminoácidos	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Productos para el manejo de la fenilcetonuria (PKU)	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Control dental de niños	100% del Monto permitido por visita después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Atención dental básica - Niños	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario *Plan Cero Costo Compartido Sin Costo	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

Atención dental de alta complejidad - Niños	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido
Ortodoncia - Niños	100% del Monto permitido después del Deducible por año calendario * <i>Plan Cero Costo Compartido Sin Costo</i>	Sin cobertura para Servicios fuera de la red	100% del Monto permitido

\*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.