

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: Beginning on or after 1/1/2014

Coverage for: Individual; Family | Plan Type: HMO



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at www.senderohealth.com/idealcarebenefits/ or by calling 1-888-643-3251.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$2,000 individual/ \$4,000 family Doesn't apply to preventive care or services with a co-pay. Excluded services do not count toward the deductible.	For services that are reimbursed based on coinsurance, you must pay all the costs up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (usually, but not always, January 1 st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible . All co-pays apply toward meeting the overall deductible .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Is there an <u>out-of-pocket limit</u> on my expenses?	\$6,350 individual/ \$12,700 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Premiums and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No.	The chart starting on page 2 describes any limits on what the plan will pay for <i>specific</i> covered services, such as office visits.
Does this plan use a <u>network of providers</u> ?	Yes. For a list of in-network providers, see www.senderohealth.com/idealcarenetwork/ or call 1-888-643-3251	If you use an in-network doctor or other health care provider, this plan will pay some or all of the costs for covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network provider for some services. Plans use the terms in-network, preferred , or participating for providers in their network. See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of providers .
Do I need a referral to see a <u>specialist</u> ?	Yes.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have the plan's permission before you see the specialist .
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services the plan doesn't cover are listed on page 5. See your policy or plan document for additional information about excluded services .

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

Revised 12/4/2013



Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: Beginning on or after 1/1/2014

Coverage for: Individual; Family | Plan Type: HMO



- **Copayments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
- **Coinsurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **coinsurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use in-network **providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **coinsurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use an In-network Provider	Your Cost If You Use an Out-of-network Provider	Limitations & Exceptions
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 co-pay per visit	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible.
	Specialist visit	\$45 co-pay per visit	Not Covered	
	Other practitioner office visit	\$45 co-pay per visit for Habilitation and Rehabilitation \$10 co-pay per visit all others	Not Covered	Habilitation/Rehabilitation includes: Chiropractors, Physical Therapists (PT), Occupational Therapists (OT) and Speech Therapists (ST). Co-pay applies toward the deductible. Pre-authorization may apply. Acupuncture: Not Covered
	Preventive care/screening/immunization	No Charge	Not Covered	None
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% after deductible	Not Covered	Preauthorization may apply.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% after deductible	Not Covered	
If you need drugs to treat your illness or condition	Generic drugs	\$5 co-pay	Not Covered	Covers up to a 30 day supply. Co-pay applies toward the deductible; coinsurance applies after the deductible is met.
	Preferred brand drugs	\$30 co-pay	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs	\$60 co-pay	Not Covered	

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits
 If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.
 You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: Beginning on or after 1/1/2014

Coverage for: Individual; Family | **Plan Type:** HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use an In-network Provider	Your Cost If You Use an Out-of-network Provider	Limitations & Exceptions
More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.senderohealth.com/idealcareformulary .	Specialty drugs	30% after deductible	Not Covered	Preauthorization may apply. Oral & injectable infertility drugs are excluded.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% after deductible	Not Covered	Preauthorization may apply.
	Physician/surgeon fees	20% after deductible	Not Covered	
If you need immediate medical attention	Emergency room services	\$150 co-pay per visit	\$150 co-pay per visit	Co-pay applies toward the deductible.
	Emergency medical transportation	\$150 co-pay per transport	\$150 co-pay per transport	
	Urgent care	\$60 co-pay per visit	Not Covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$250 co-pay per admission	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible. Preauthorization may apply.
	Physician/surgeon fee	No Charge	Not Covered	
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	\$10 co-pay per visit	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible.
	Mental/Behavioral health inpatient services	\$250 co-pay per admission	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible. Preauthorization may apply.
	Substance use disorder outpatient services	\$10 co-pay per visit	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible.
	Substance use disorder inpatient services	\$250 co-pay per admission	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible. Preauthorization may apply.
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	\$10 co-pay per initial prenatal visit	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible. No charge for subsequent prenatal visits with the same provider or provider group.
	Delivery and all inpatient services	\$750 co-payment per delivery	Not Covered	
If you need help recovering or have	Home health care	20% after deductible	Not Covered	Limited to 60 visits per year. Preauthorization may apply.

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits
 If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.
 You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: Beginning on or after 1/1/2014

Coverage for: Individual; Family | **Plan Type:** HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use an In-network Provider	Your Cost If You Use an Out-of-network Provider	Limitations & Exceptions
other special health needs	Rehabilitation services	\$45 co-pay per visit	Not Covered	Limited to a total of 35 visits per year for PT, OT, ST and Chiropractic care. Limit does not apply to Autism Spectrum Disorder treatment through 9 years of age.
	Habilitation services	\$45 co-pay per visit	Not Covered	Co-pay applies toward the deductible. Preauthorization may apply.
	Skilled nursing care	\$250 co-pay per admission	Not Covered	Limited to 25 days per year. Co-pay applies toward the deductible. Preauthorization may apply.
	Durable medical equipment	20% after deductible	Not Covered	Preauthorization may apply.
	Hospice service	20% after deductible	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Eye exam	\$45 co-pay per visit	Not Covered	Limited to 1 visit per year. Co-pay applies toward the deductible.
	Glasses	20% after deductible	Not Covered	Limited to 1 pair of glasses (frames and lenses) per year.
	Dental check-up	Not Covered	Not Covered	Available through a separate offering.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other excluded services.)

- Acupuncture
- Bariatric Surgery
- Cosmetic Surgery except when medically necessary for treatment of disease or injury
- Dental Care (Adult)
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing (outpatient)
- Weight loss programs

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits
 If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.
 You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Chiropractic Care is limited to 35 visits per year combined habilitation/rehabilitation (PT, OT, ST, and Chiropractic Services)
- Routine Eye Care (Adult) is limited to 1 exam per calendar year
- Hearing Aids are limited to 1 every 3 years
- Routine Foot Care is limited to foot care in connection with diabetes, circulatory disorders of the lower extremities, peripheral vascular disease, peripheral neuropathy, or chronic arterial or venous insufficiency
- Infertility treatment is limited to diagnostic services only. Treatment to correct the infertility condition and services such as in vitro fertilization and artificial insemination are excluded from coverage

Your Rights to Continue Coverage:

Federal and State laws may provide protections that allow you to keep this health insurance coverage as long as you pay your premium. There are exceptions, however, such as if:

- You commit fraud
- The insurer stops offering services in the State
- You move outside of the coverage area

For more information on your rights to continue coverage, contact the insurer at 1-888-643-3251. You may also contact your state insurance department at 1-800-252-3439.

Your Grievance and Appeals Rights:

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact your state insurance department at 1-800-252-3439

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as "minimum essential coverage." **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: Beginning on or after 1/1/2014

Coverage for: Individual; Family | **Plan Type:** HMO

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-643-3251.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits
If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.
You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- **Amount owed to providers: \$7,540**
- **Plan pays \$6,230**
- **Patient pays \$1,310**

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$750
Copays	\$270
Coinsurance	\$140
Limits or exclusions	\$150
Total	\$1,310

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- **Amount owed to providers: \$5,400**
- **Plan pays \$2,930**
- **Patient pays \$2,470**

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$2000
Copays	\$200
Coinsurance	\$190
Limits or exclusions	\$80
Total	\$2,470

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **copayments**, and **coinsurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **copayments**, **deductibles**, and **coinsurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call 1-888-643-3251 or visit us at www.senderohealth.com/idealcarebenefits. If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.cms.gov/ccio or call 1-800-318-2596 to request a copy.



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los costos, puede obtener los documentos del plan o términos completos de la póliza en www.senderohealth.com/idealcarebenefits/ o llamando al 1-888-643-3251.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$2,000 individual/ \$4,000 familiar No aplica al cuidado preventivo o servicios con copago. Los servicios excluidos no se tendrán en cuenta para el deducible.	Para los servicios que se reembolsan en base al coseguro, usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o documento del plan para ver cuándo comienza nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1° de enero). Fíjese en el cuadro que comienza en la página 3 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible . Todos los copagos aplican para alcanzar el deducible general.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 3 para ver los costos de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para mis gastos de bolsillo ?	\$6,350 individual/ \$12,700 familiar	El límite para los gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará durante el período de cobertura (usualmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 3 describe los límites que el plan pagará para servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores dentro de la red, consulte www.senderohealth.com/idealcarenetwork/ o llame al 1-888-643-3251	Si usted se atiende con médicos y proveedores dentro de la red, el plan pagará muchos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red, podría usar algún proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan términos como dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores dentro de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 3 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos tipos de proveedores .
¿Necesito una recomendación médica para ver un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios cubiertos pero solo si usted tiene la autorización del plan antes de consultar al especialista .
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 7. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al 1-888-643-3251 o visite www.senderohealth.com/idealcarebenefits.

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/ccio o llame al 1-800-318-2596 y pida una copia.

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Período de cobertura: A partir de 1/1/2014 o después

Cobertura para: Individual; Familiar | **Tipo de Plan:** HMO



- **Copago** es una cantidad fija en dólares (por ejemplo \$15) que usted paga por la atención médica que está cubierta, generalmente al momento de recibir los servicios.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje de la **cantidad permitida** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** de 20% sería \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad permitida**, usted quizás deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red le cobra por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad permitida** es \$1,000, usted quizás deba pagar la diferencia de \$500 (conocida como **facturación de saldo**).
- El plan puede fomentar el uso de **proveedores** dentro de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** de más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta con su médico principal para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de copago por visita	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible.
	Consulta con un especialista	\$45 de copago por visita	No está cubierto	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$45 de copago por visita para habilitación y rehabilitación. \$10 de copago por visita todos los demás	No está cubierto	Habilitación y rehabilitación incluye: quiroprácticos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla. El copago aplica hacia el deducible Se puede necesitar autorización previa. Acupuntura: No está cubierto.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% después del deducible	No está cubierto	Puede haber requisitos de autorización previa.
	Imágenes (CT/PET, MRI)	20% después del deducible	No está cubierto	

Preguntas: Llame al 1-888-643-3251 o visite www.senderohealth.com/idealcarebenefits.

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/ccio o llame al 1-800-318-2596 y pida una copia.

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Período de cobertura: A partir de 1/1/2014 o después

Cobertura para: Individual; Familiar | Tipo de Plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento para su enfermedad o afección Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> visite www.senderohealth.com/idealcareformulary.	Medicamentos genéricos	\$5 de copago	No está cubierto	Cubre hasta un suministro para 30 días. El copago aplica hacia el deducible; el coseguro aplica después de pagar el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa. Los medicamentos para infertilidad inyectables y orales están excluidos.
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	30% después del deducible	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	20% después del deducible	No está cubierto	Puede haber requisitos de autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	20% después del deducible	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 de copago por visita	\$150 de copago por visita	El copago aplica hacia el deducible.
	Traslado médico de emergencia	\$150 de copago por viaje	\$150 de copago por traslado	
	Atención de urgencia	\$60 de copago por visita	No está cubierto	
Si lo internan en el hospital	Tarifa del hospital (habitación)	\$250 de copago por admisión	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 de copago por visita	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$250 de copago por admisión	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa.
	Servicios ambulatorio por trastornos por abuso de sustancias	\$10 de copago por visita	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible.
	Servicios para pacientes internados por trastornos por abuso de sustancias	\$250 de copago por admisión	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-888-643-3251 o visite www.senderohealth.com/idealcarebenefits.

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/ccio o llame al 1-800-318-2596 y pida una copia.

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Período de cobertura: A partir de 1/1/2014 o después

Cobertura para: Individual; Familiar | Tipo de Plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$10 de copago por visita prenatal inicial	No está cubierto	El copago aplica hacia el deducible. Sin costo por visitas prenatales subsiguientes con el mismo proveedor o grupo de proveedores.
	Parto y todos los servicios de internación	\$750 de copago por parto	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% después del deducible	No está cubierto	Limitado a 60 visitas por año. Puede haber requisitos de autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$45 de copago por visita	No está cubierto	Limitado a un total de 35 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y cuidado quiropráctico. Este límite no aplica en el tratamiento de los trastornos del espectro autista hasta los 9 años de edad. El copago aplica hacia el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa.
	Servicios de habilitación	\$45 de copago por visita	No está cubierto	
	Cuidado de enfermería especializado	\$250 de copago por admisión	No está cubierto	Limitado a 25 visitas por año. El copago aplica hacia el deducible. Puede haber requisitos de autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% después del deducible	No está cubierto	Puede haber requisitos de autorización previa.
	Cuidado de hospicio	20% después del deducible	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$45 de copago por visita	No está cubierto	Limitado a una 1 visita por año. El copago aplica hacia el deducible.
	Anteojos	20% después del deducible	No está cubierto	Limitado a 1 par de anteojos (marco y lentes) por año.
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	Hay beneficios disponibles mediante un ofrecimiento separado.

Preguntas: Llame al 1-888-643-3251 o visite www.senderohealth.com/idealcarebenefits.

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/ccio o llame al 1-800-318-2596 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan o su póliza para ver los otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Atención dental (Adultos)
- Enfermería privada (paciente ambulatorio)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado a largo plazo
- Programas para bajar de peso
- Cirugía estética excepto si se determina médicamente necesaria para tratamiento de una enfermedad o una lesión
- Atención que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan o su póliza para ver los otros servicios cubiertos y sus costos para estos servicios.)

- Atención quiropráctica, limitada a 35 visitas por año combinando habilitación/rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y servicios quiroprácticos).
- Atención rutinaria de los ojos (Adulto), limitada a 1 examen por año calendario.
- Audífonos, limitados a 1 cada 3 años.
- Atención de rutina para pies limitado al cuidado de los pies en conexión con diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, o insuficiencia venosa o arterial crónica.
- El tratamiento para la infertilidad está limitado a servicios de diagnóstico solamente. Los tratamientos para corregir las afecciones de infertilidad y los servicios como fertilización in vitro e inseminación artificial, están excluidos de la cobertura.

Sendero Health Plans: IdealCare Complete

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Período de cobertura: A partir de 1/1/2014 o después

Cobertura para: Individual; Familiar | **Tipo de Plan:** HMO

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permitan mantener esta cobertura de seguro médico siempre y cuando usted pague su prima. Sin embargo, hay excepciones tales como:

- Usted comete fraude
- La compañía de seguros deja de ofrecer servicios en el estado
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para mayor información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con la compañía de seguros al 1-888-643-3251.

También puede comunicarse con su departamento de seguro estatal al 1-800-252-3439.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una negación de cobertura para reclamaciones bajo su plan, puede ser que pueda apelar o presentar una queja.

Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con su departamento de seguro estatal al 1-800-252-3439.

¿Esta cobertura proporciona cobertura mínima esencial?

La Ley del Cuidado de Salud Asequible exige que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que esté calificada como “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza proporciona cobertura mínima esencial.**

¿Esta cobertura satisface las normas de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud Asequible establece normas de valor mínimo para los beneficios de un seguro de salud. La norma de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud satisface los criterios de las normas de valor mínimo para los beneficios proporcionados.**

Servicio de acceso a otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-643-3251.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos en el ejemplo de una situación médica, consulte la página siguiente.

Preguntas: Llame al 1-888-643-3251 o visite www.senderohealth.com/idealcarebenefits.

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/ccio o llame al 1-800-318-2596 y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea general de cuánta protección económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)	
Monto adeudado al proveedor: \$7,540 El plan paga: \$6,230 El paciente paga: \$1,310	
Ejemplos de los costos:	
El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540
El paciente paga:	
Deducibles	\$750
Copagos	\$270
Coseguro	\$140
Límites o exclusiones	\$190
Total	\$1,310

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad bien controlada)	
Monto adeudado al proveedor: \$5,400 El plan paga: \$2,930 El paciente paga: \$2,470	
Ejemplos de los costos:	
Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400
El paciente paga:	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$190
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$2,470

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de coberturas:

¿Cuáles son algunas suposiciones de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud.
- La afección del paciente no es una afección excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento de la afección mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que usted tendrá que pagar porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

❌ **NO**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta afección tal vez sea distinto, según el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y muchos otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

❌ **NO**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su afección. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio que cobren sus **proveedores** y del reembolso que autorice su plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✅ **SÍ**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo ese número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✅ **SÍ**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán sus gastos de bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de bolsillo.