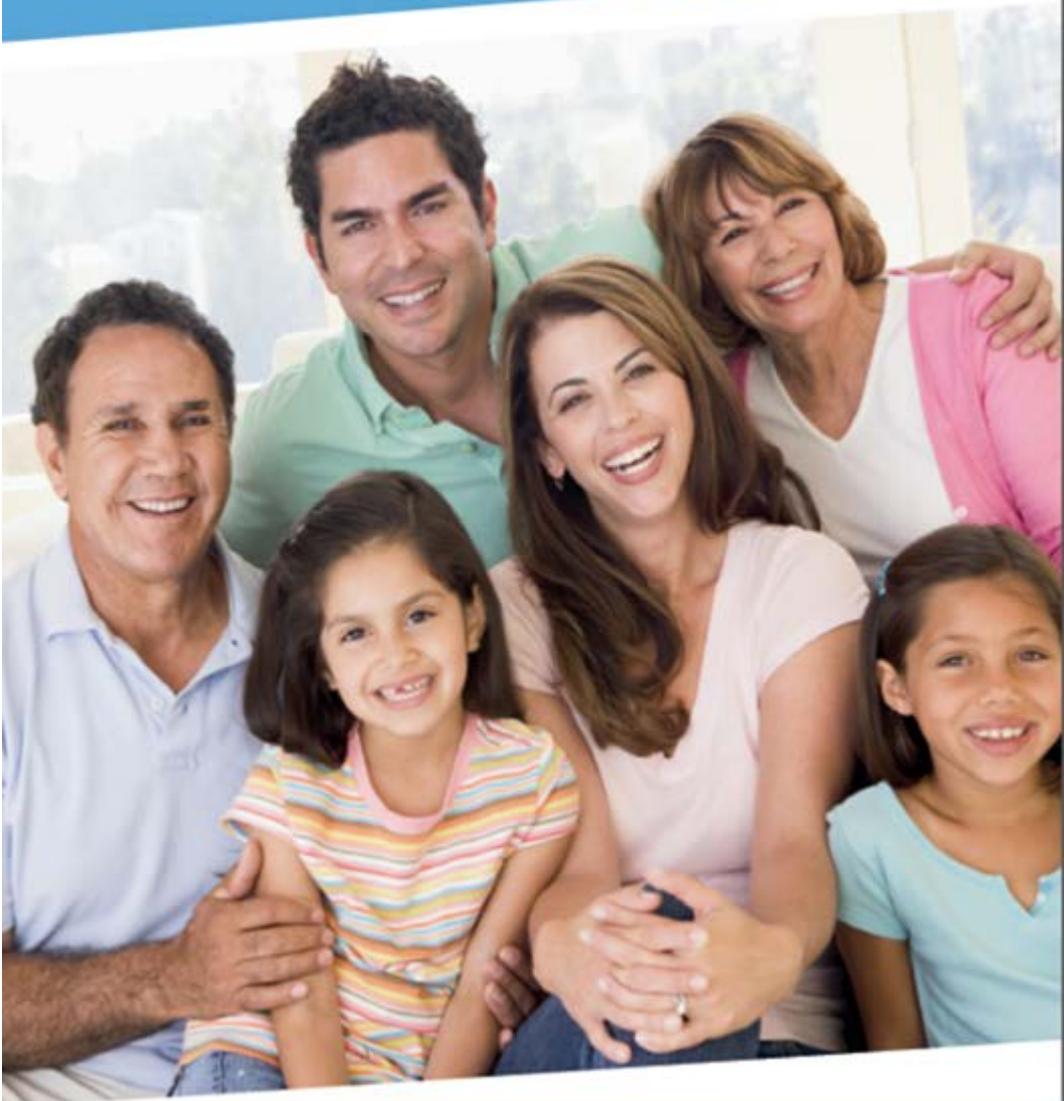


IdealCare  **SENDERO
HEALTH PLANS**



MANUAL PARA MIEMBROS

ICH-2019

01/2019

Índice de Contenidos:

| | |
|--|----|
| BIENVENIDO | 1 |
| INFORMACIÓN IMPORTANTE..... | 3 |
| AVISO DE DERECHOS..... | 4 |
| BENEFICIOS / SERVICIOS CUBIERTOS | 6 |
| CUIDADOS DE MATERNIDAD..... | 8 |
| SALUD CONDUCTUAL..... | 9 |
| SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS..... | 9 |
| SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS..... | 10 |
| TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS..... | 15 |
| SERVICIOS DENTALES | 16 |
| MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN DE RECETA (DROGAS DE FORMULARIO)..... | 16 |
| USO DE SUS BENEFICIOS DE FORMULARIO | 20 |
| ATENCIÓN DE EMERGENCIA..... | 20 |
| SERVICIOS DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA..... | 22 |
| COMO RECIBIR ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA | 22 |
| ATENCIÓN DE URGENCIA | 23 |
| VIAJE O ESTADÍA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO..... | 23 |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | 24 |
| FACTURACIÓN DE SALDO | 24 |
| PAGO POR SERVICIOS Y RECLAMACIONES | 24 |
| LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS..... | 24 |
| EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA..... | 31 |
| REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN PREVIA..... | 34 |
| CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN | 35 |
| CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR ESCRITO O VERBALMENTE..... | 37 |
| PROCESO DE APELACIÓN | 37 |

| | |
|--|----|
| APELACIONES ACCELERADAS | 38 |
| REVISIÓN EXTERNA FEDERAL INDEPENDIENTE | 39 |
| CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES..... | 39 |
| ELEGIR SU MÉDICO..... | 40 |
| ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP) | 40 |
| CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS | 42 |
| ELECCIÓN DE SU OBSTETRA Y GINECÓLOGO..... | 42 |
| ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS | 42 |
| ÁREA DE SERVICIO..... | 43 |
| PROGRAMACIÓN DE CITAS | 43 |
| COORDINACIÓN DE BENEFICIOS | 44 |
| CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS | 44 |
| NECESIDAD MÉDICA..... | 46 |
| DIRECTIVAS ANTICIPADAS | 46 |
| ESTÁNDARES DE TOMA DE DECISIÓN DEL MANEJO DE LA ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN (UM)..... | 46 |
| NEGACIONES O LIMITACIONES A LA SOLICITUD DEL MÉDICO PARA SERVICIOS CUBIERTOS..... | 47 |
| SERVICIO AL CLIENTE..... | 48 |
| ASISTENCIA CON EL IDIOMA | 48 |
| TARJETA DE IDENTIFICACIÓN | 48 |
| NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS | 50 |
| PERIODO DE GRACIA | 50 |
| REEMBOLSO DE PRIMA | 51 |
| FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO..... | 51 |
| DENUNCIAR FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO POR PARTE DEL PROVEEDOR/CLIENTE..... | 51 |
| PROTECCIÓN INTERNA DE INFORMACIÓN MEDICA PERSONAL | 52 |

| | |
|--|----|
| EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA | 53 |
| SUBROGACIÓN | 53 |
| DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO | 54 |
| ACCESIBILIDAD SIN DISCRIMINACIÓN | 55 |

BIENVENIDO

Estimado Suscriptor,

Sendero Health Plans (Sendero) se complace que usted haya elegido IdealCare, Sendero, una organización local sin fines de lucro de mantenimiento de la salud (HMO), está patrocinada por el Distrito de Salud del Condado de Travis, Travis County Healthcare District (razón social Central Health). Los productos de IdealCare proporcionan beneficios a los miembros elegibles que viven en el área de servicio de Travis. El área de servicio de Travis incluye los condados de: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis y Williamson. IdealCare tiene proveedores y centros médicos dentro de la red de su plan de beneficios de salud, y se encuentran dentro del área de servicio de Travis para brindarle el tratamiento de atención médica que necesita. Usted puede también encontrar nuestro mapa del área de servicio en www.senderohealth.com/idealcarenetwork junto con más información de ayuda para usted. La información contenida en este manual ayudará a resolver cualquier duda que usted tenga. Si usted se muda de nuestra área de servicio, usted no será elegible para obtener cobertura con IdealCare. Este manual proporciona un resumen de:

- Sus beneficios de atención médica
- Cómo usted y su familia pueden recibir servicios de atención médica de los proveedores dentro de la red de su plan de beneficios de salud
- Sus derechos y responsabilidades
- Procedimientos de IdealCare

Para obtener el mayor provecho del plan IdealCare, por favor lea todo el manual de IdealCare. Para una explicación completa de su cobertura de atención médica, por favor consulte su Evidencia de Cobertura (EOC), Resumen de Beneficios y Cobertura (RBC) y Resumen de Cobertura (SOC, por sus siglas en inglés) que responderá en detalle muchas de sus preguntas. Usted encontrará el EOC, RBC y SOC en nuestra página web <https://senderohealth.com/idealcarespanish/benefits.html>.

En IdealCare, nos comprometemos a satisfacer las necesidades de nuestros miembros y proporcionar servicios a personas de todas las culturas, razas, edades, orígenes étnicos y/o religiosos y discapacidades, con el máximo respeto, dignidad y responsabilidad hacia usted, nuestro valioso suscriptor. Nuestros valores comunican quiénes somos, así como nuestro compromiso de satisfacer las necesidades de nuestros miembros y la comunidad.

Los valores de IdealCare son:

- Compromiso de atención médica accesible y de calidad a un precio asequible
- Lealtad hacia nuestros miembros
- Integridad en todas las interacciones empresariales
- Responsabilidad hacia nuestra comunidad.

¡Bienvenido a IdealCare!

INFORMACIÓN IMPORTANTE

| | |
|--|---|
| Llámenos: | Servicio al Cliente 1-844-800-4693 (Gratis). Para personas con discapacidad auditiva (TTY): 7-1-1 |
| Escríbanos: | IdealCare by Sendero Health Plans 2028 E. Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741 |
| Horario de Trabajo de Oficina: | lunes a viernes 8:00 AM-5:00 PM CST |
| Antes de 8:00 a.m. o después de 5:00 p.m. | Llame y deje mensaje. Le regresaremos su llamada el siguiente día hábil. |
| Línea de crisis de salud mental: | Llame 1-855-765-9696 para información sobre los servicios de salud mental y de comportamiento. Si usted tiene alguna emergencia o crisis, valla a la Sala de Emergencia más cercana o llame al 9-1-1. |
| Línea de asesoría de enfermeros las 24 horas: (Carenet) | Llame 1-855-880-7019 para asesoramiento médico. Enfermeras asesoramiento médico están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| Numero para servicios de la visión y cuidado (Envolve Benefit Options) | Llame 1-855-279-9680 información sobre los beneficios y servicios de la visión. |
| Línea para farmacia: (Navitus Health Solutions) | Llame al 1-866-333-2757 para información sobre medicamentos y beneficios de farmacia . |
| Línea para servicio de dentista pediátrico (LIBERTY Dental Plan) | Llame al 1-866-609-0426 información sobre servicios de dentistas pediátricos. |

AVISO DE DERECHOS

Aviso de Derechos – Figura 28 TAC §11.1612(c):

Un plan de organización de mantenimiento de la salud (HMO) no proporciona beneficios por los servicios que recibe de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describe en su evidencia de cobertura y a continuación.

Usted tiene el derecho de una red adecuada de los médicos y los proveedores de la red (conocido como los médicos y los proveedores de la red)

Si usted cree que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas) al:

www.tdi.texas.gov/consumer/compifrm.html

Si su HMO aprueba una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un médico o proveedor en la red disponible, o si ha recibido atención de emergencia fuera de la red, el HMO debe, en la mayoría de los casos, resolver el problema de la factura del médico o proveedor para que solo tenga que pagar los montos de copago aplicables dentro de la red.

Puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web:

www.senderohealth.com o llamando al 1-844-800-4693 para obtener ayuda para encontrar médicos y proveedores disponibles de la red. Si confió en información de directorio materialmente inexacta, puede tener derecho a que un médico o proveedor fuera de la red pague una reclamación como si fuera de un médico o proveedor de la red, si presenta una copia de la información incorrecta del directorio a la HMO, con una fecha no mayor a 30 días antes de que recibiera el servicio.

BENEFICIOS / SERVICIOS CUBIERTOS

Para recibir los beneficios como se indica en su EOC y RBC debe elegir un proveedor en la red, de su plan de beneficios de salud para proveer el cuidado (**aparte del cuidado de emergencia y transporte de emergencia**).

La red de cuidado de IdealCare incluye doctores, especialistas, centros de atención de urgencias y hospitales. Por favor consulte su EOC y el RBC para obtener una lista de los beneficios, servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones.

Si necesita ayuda para entender su EOC, RBC o si tiene una pregunta sobre si algún servicio médico está cubierto o necesita autorización, llame al número gratuito 1-844-800-4693 para asistencia.

Debajo hay un ejemplo de un RBC que le brindará más detalles sobre los servicios cubiertos, copagos, coseguros, exclusiones y deducible, si acaso son aplicables:

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos Período de cobertura: 01/01/2019-12/31/2019
 IdealCare: Completo Estándar Fuera del Mercado (Plata) Cobertura para: Individual + Espos(a), Familia | Tipo de plan: HMO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan médico**. El SBC le muestra como usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamada **prima**) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, 1-844-800-4693 y www.senderhealth.com. Para una definición de los términos de uso común, como **monto permitido**, **facturación del saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** o a otros términos definidos consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cruz.com.gov o llamar a 1-844-800-4693 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$4,250/Individual o \$8,500/Familia | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los procedimientos hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible de la familia en general. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible? | Si. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible . | Este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | Usted no tiene que cumplir con su deducible para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el mínimo en gastos directos del bolsillo de este plan? | \$7,500/Individual o \$15,000/Familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con su propio límite de su bolsillo hasta que la familia en general fuera de su bolsillo ha llegado al límite. |
| ¿Quié no incluye el reembolso máximo? | Copagos en ciertos servicios, primas , costos de facturación de salud y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si se acude a un proveedor dentro de la red médica? | Si. Vea https://senderhealth.com/declaracion-providers.html o llame al 1-844-800-4693 para una lista de proveedores dentro de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido ? | Si. | Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios |

| Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible , si aplica un deducible . | | | | |
|---|--|--|--|---|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$20 copago /visita Deducible no se aplica. | No está cubierto | Ninguno. |
| | Visita al especialista | \$60 copago /visita | No está cubierto | Una autorización debe ser obtenida de su proveedor de atención primaria antes de ver a un especialista (OB/GYN y los proveedores de comportamiento / abuso de sustancias no requieren una referencia). |
| | Atención preventiva /vacunas rutinarias /vacunas | Sin costo | No está cubierto | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Pruebas diagnósticas (radiografía, análisis de sangre) | \$30 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización . Si usted no obtiene la autorización , usted puede ser responsable del pago. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 25% coseguro | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización . Si usted no obtiene la autorización , usted puede ser responsable del pago. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la coloradohealth.com/medicamentos-con-receta en | Medicamentos genéricos | \$10 copago / receta Deducible no se aplica | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$40 copago / receta | No está cubierto | Cubre hasta un suministro de 30 días. Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos sin copago . |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$60 copago / receta | No está cubierto | Medicamentos para la fertilidad orales e inyectables están excludidos. |
| | Medicamentos especializados | 30% coseguro / receta | No está cubierto | |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del **plan** o la póliza en www.senecarehealth.com

2 of 10

Algunos servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: las visitas de atención preventiva, atención de maternidad, salud mental, cuidado de la vista, medicamentos recetados, atención de emergencia, el equipo médico duradero, fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PDF) u otras enfermedades hereditarias, fórmulas elementales basadas en amino-ácido, tratamiento para lesiones cerebrales adquiridas, el tratamiento para el Trastorno del Espectro Autista, equipo de la diabetes y suministros, beneficios para los costos de rutina de pacientes para los miembros en ciertos ensayos clínicos.

Algunos servicios cubiertos requieren que usted pague un coseguro, un deducible o un copago. El coseguro es su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje de la cantidad permitida por el servicio. Usted pagara un coseguro, además de los deducibles, si acaso es aplicable. Un copago es una cantidad fija que paga por un servicio de atención médica cubierta. **Su RBC declara que “Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.” Los copagos que no requieren que usted cumpla con su deducible indicará en el RBC “Deducible no se aplica.”** La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto.

Ciertos servicios cubiertos requieren autorización previa antes de recibir el servicio. Si el servicio requiere autorización previa y no está autorizado por IdealCare serán negados todos los servicios.

Su plan de IdealCare es un plan basado en la red; la red les proporciona acceso a las instalaciones, a los proveedores de cuidados primarios y a los especialistas dentro del área de servicio. Para localizar al proveedor más cercano o para ver una lista de los proveedores dentro de la red del Plan de IdealCare usted puede visitar:
<https://senderohealth.com/idealcarespanish/providers.html> o llame a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693.

Los proveedores dentro de la red aceptan los estándares, los procesos y las listas de costos de IdealCare. **Además, los proveedores dentro de la red, dentro de su red de planes de beneficios de salud, aceptan no facturar el saldo a los pacientes que son nuestros miembros, por ningún monto impagado por servicios brindados, que no sean los montos de deducible(s), copago(s) o coseguro(s).**

Si usted necesita los servicios de un especialista o necesita usar alguna de las instalaciones, su proveedor de cuidados primarios podrá ayudarlo iniciando una recomendación médica o una solicitud de autorización previa que su tratamiento médico se mantenga dentro de la red, dentro de su red de planes de beneficios de salud. Al consultar a un proveedor dentro de la red, dentro de la red de su plan de beneficios de salud, mantendrá su gasto de bolsillo al mínimo. Para ver una lista de proveedores dentro de la red del Plan de IdealCare usted puede visitar:
<https://senderohealth.com/idealcarespanish/providers.html>

Los proveedores de IdealCare están en el área de servicio de Travis, el área de servicio incluye los siguientes condados Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis, y Williamson.

Los proveedores fuera de la red no están contratados para proporcionar servicios a los miembros de IdealCare. Con la excepción de las evaluaciones y de la estabilización para la **atención de emergencias**, el plan IdealCare excluye la cobertura de los servicios provistos por proveedores fuera de la red y es probable que le facturen el saldo de esos servicios.

Los servicios brindados que no son de emergencia por un proveedor fuera de la red, que no están previamente autorizados por IdealCare, están excluidos de la cobertura. El total de los cargos por servicios brindados por un proveedor fuera de la red será responsabilidad completa y total del miembro de IdealCare.

CUIDADOS DE MATERNIDAD

Los servicios de maternidad incluyen atención prenatal, parto, tratamiento postnatal y complicaciones del embarazo.

Tanto la atención prenatal como la atención post parto son beneficios cubiertos. Es posible que tenga un copago por la visita prenatal inicial. Cualquier análisis de sangre, ultrasonido, pruebas genéticas y / o cualquier otro servicio médico solicitado o proporcionado por su médico están sujetos a un copago, coseguro o cantidad deducible aplicable.

El parto vaginal incluye el cuidado las primeras 48 horas de la madre y del recién nacido. El parto vía cesárea incluye el cuidado las primeras 96 horas de atención para la madre y el recién nacido. El parto y los servicios de un parto son beneficios cubiertos y están sujetos a un copago por parto.

Excepto para servicios de emergencia, los servicios de atención prenatal, postnatal, de parto y de hospitalización fuera de la red no son beneficios cubiertos sin la aprobación previa de IdealCare para servicios fuera de la red.

SALUD CONDUCTUAL

Si un miembro de IdealCare, incluyendo sus dependientes, necesitan tratamiento de un trastorno mental o emocional, o si tiene un problema debido a las drogas o trastornos de farmacodependencia, llame a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693. La red del plan de IdealCare incluye profesionales en salud mental y abuso de sustancias que le pueden ayudar. Algunos problemas de abuso de sustancias o de salud mental, como depresión severa, también pueden requerir atención urgente. Puede hacer una cita con un proveedor de salud mental dentro de la red. Usted puede acceder directamente a un proveedor de salud conductual que esté dentro de la red sin ninguna referencia de su PCP.

Si está experimentando una crisis, llame a la línea de crisis de salud del comportamiento al 1-855-765-9696.

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS

Es un requisito de IdealCare que ciertos exámenes y vacunas sean cubiertos sin costo. Los servicios preventivos y exámenes de rutina deben ser brindados por un proveedor en la red a menos que los servicios requeridos no están disponibles por un proveedor en la red de IdealCare.

Se requiere autorización previa para obtener servicios preventivos y de rutina de un proveedor fuera de la red. Se pueden aplicar limitaciones de edad y frecuencia.

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS

Los servicios para el niño sano y los Servicios preventivos de atención para adultos son recomendados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) o exigidos por el Estado. No incluyen el Cuidado de guardería de rutina. Para obtener información sobre los Servicios preventivos recomendados que corresponden a Su Contrato, consulte con el HHS en www.HHS.gov. También puede llamar al número de teléfono del Servicio de atención al cliente de Sendero, que figura al dorso de su Tarjeta de identificación de miembro, si tiene preguntas sobre qué servicios preventivos cubre su Contrato.

Los requisitos de copago no son aplicables a los Servicios preventivos. Los Servicios cubiertos incluyen, entre otros:

1. Visita al consultorio de un Profesional de la salud para un examen físico de rutina o anual para detectar o prevenir la Enfermedad en adultos.
2. Atención del niño sano desde el nacimiento.
3. Servicios de radiología, laboratorio y/o endoscopia de rutina para detectar o prevenir enfermedades relacionadas con el examen de rutina o anual;
4. Mamografía de rutina todos los años para una mujer Cubierta de 35 años o más. Incluye tipos de mamografía de baja dosis, como mamografía digital o tomosíntesis de seno para detectar cáncer de mama oculto;
5. Un examen de diagnóstico anual, médicamente reconocido, para una mujer Cubierta de 18 años o más para la detección temprana del cáncer de cuello de útero y el cáncer de ovario, de conformidad con las pautas adoptadas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos u otra organización nacional similar de profesionales de la salud reconocida por el Comisionado.
 - a. Los requisitos mínimos del examen de diagnóstico para detectar el virus del papiloma humano incluyen una prueba de Papanicolaou convencional, sola o combinada con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
 - b. Las pruebas y exámenes de detección de CA-125 se consideran servicios preventivos y cubiertos.
6. Un examen anual de detección de cáncer de próstata, que incluye una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por

sus siglas en inglés) para un hombre Cubierto a partir de los 40 años;

7. Un examen de detección, médicamente reconocido, de cáncer colorrectal para una Persona Cubierta a partir de los 50 años o mayor y con un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Incluye:
 - a. Una prueba anual de sangre oculta en las heces;
 - b. Cologuard (prueba de ADN en heces) cada 3 años. Para calificar para las pruebas de Cologuard se debe cumplir lo siguiente:
 - i. No obtuvo una prueba de Cologuard en los últimos 3 años.
 - ii. No hay antecedentes de prueba positiva Cologuard
 - iii. No hay diagnóstico de cáncer de colon o antecedentes de cáncer de colon
 - iv. No hay antecedentes de colonoscopia anormal
 - v. Ninguna prueba FIT positiva en los últimos 6 meses
 - c. Una sigmoidoscopia flexible cada cinco años; o
 - d. Una colonoscopia para una tomografía computarizada (TC) (colonoscopia virtual) cada diez (10) años;
8. Pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función anormales de las arterias para una Persona cubierta que:
 - a. Sea un hombre mayor de 45 años y menor de 76; o
 - b. Sea una mujer mayor de 55 años y menos de 76; y
 - c. Sea diabética; o
 - d. Esté en riesgo de desarrollar una cardiopatía de acuerdo con un puntaje derivado del algoritmo de predicción coronaria del Estudio de Salud de Framingham que sea inmediato o superior.
9. Inmunizaciones de rutina para adultos conforme al Calendario de inmunización recomendado para adultos según grupo de edad y afección de los Centros de Control de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o su sucesor. (Las inyecciones para tuberculosis (TB) y desensibilización de alergias no se consideran inmunizaciones de rutina);
10. Inmunizaciones contra la influenza y la neumonía;
11. Prueba de detección para el abuso de alcohol y orientación;
12. Prueba de Presión arterial para adultos;

- a. La administración de sangre completa, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores plasmáticos que no son reemplazados por o para el afiliado, es un servicio cubierto.
13. Prueba de detección de Diabetes tipo 2 para adultos con presión arterial alta;
 14. Asesoramiento sobre la dieta para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica;
 15. Exámenes de depresión para adultos;
 16. Prueba de detección del VHI para todos los adultos con mayor riesgo;
 17. Prueba de detección de obesidad y orientación para todos los adultos;
 18. Orientación para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo;
 19. Prueba de detección de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco;
 20. Prueba de detección de sífilis para adultos con mayor riesgo;
 21. Prueba de rutina de detección de anemia para mujeres embarazadas;
 22. Prueba de detección de bacteriuria, infección del tracto urinario y otras infecciones para mujeres embarazadas;
 23. Asesoramiento sobre el gen del cáncer de mama (BRCA) y las pruebas genéticas para mujeres con mayor riesgo;
 24. Químico prevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo;
 25. Apoyo integral y asesoramiento sobre la lactancia de proveedores capacitados, así como también acceso a artículos para el amamantamiento para mujeres embarazadas y lactantes;
 26. Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y cáncer de ovario para mujeres sexualmente activas a partir de los 18 años;
 - Las pruebas y exámenes de detección de CA-125 se consideran servicios preventivos y cubiertos.
 - Los requisitos mínimos del examen de diagnóstico para detectar el virus del papiloma humano incluyen una prueba de Papanicolaou convencional, sola o combinada con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
 27. Prueba de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo;
 28. Anticoncepción: Métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y orientación para pacientes

- aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos. No incluye drogas abortivas;
29. Procedimientos de esterilización, y educación y asesoramiento para pacientes. No incluye drogas abortivas.
 30. Detección de violencia doméstica e interpersonal y orientación para todas las mujeres;
 31. Suplementos de ácido fólico para mujeres que podrían quedar embarazadas;
 32. Pruebas de detección de diabetes gestacional para mujeres con un embarazo de entre 24 y 28 semanas y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;
 33. Prueba de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;
 34. Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;
 35. Prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y orientación para mujeres sexualmente activas.
 36. Prueba de ADN para el virus del papiloma humano (VPH): Prueba de ADN del VPH de alto riesgo cada tres años para mujeres con resultados de citología normales a partir de los 30 años;
 37. Prueba de detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años, según los factores de riesgo;
 38. Prueba de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas, y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
 39. Prueba de detección de consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y orientación cada vez más amplia para consumidoras de tabaco embarazadas;
 40. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) para mujeres sexualmente activas;
 41. Prueba de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo;
 42. Visitas de la mujer sana para obtener servicios preventivos recomendados;
 43. Evaluación del consumo de alcohol y drogas en adolescentes;
 44. Prueba de detección de autismo en niños a los 18 y 24 meses;
 45. Evaluaciones conductuales para niños de todas las edades;
 46. Prueba de presión arterial para niños;
 47. Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas a partir de los 18 años;
 48. Prueba de detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos;
 49. Exámenes de depresión para adolescentes;

50. Evaluación del desarrollo para niños menores de tres años y vigilancia durante la infancia;
51. Prueba de detección de dislipidemia en niños con mayor riesgo de sufrir trastornos lipídicos;
52. Suplementos de quimio prevención con flúor para niños cuyo suministro de agua carezca de flúor;
53. Medicamentos para la prevención de la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
54. Prueba de detección de discapacidad auditiva para un hijo A cargo desde el nacimiento hasta los 30 días de vida;
55. Mediciones de altura, peso y índice de masa corporal para niños;
56. Prueba de hematocrito y hemoglobina para niños;
57. Prueba de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos;
58. Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
59. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años. Las vacunas de inmunización pueden variar según la recomendación del proveedor y la edad del niño;
60. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses que padezcan anemia;
61. Prueba de detección de plomo para niños con riesgo de exposición;
62. Historia clínica para todos los niños a lo largo de su desarrollo;
63. Prueba de detección de obesidad y orientación;
64. Evaluación de riesgos de salud bucal para niños pequeños;
65. Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU) (trastorno genético) en recién nacidos;
66. Asesoramiento preventivo y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo;
67. Pruebas de tuberculina para niños con mayor riesgo de padecer tuberculosis; y
68. Exámenes de visión y audición para menores hasta los 21 años. Exámenes oculares y auditivos para menores hasta los 21 años, para determinar la necesidad de implementar métodos de corrección de la vista y la audición que cumplan con las recomendaciones y pautas médicas establecidas.
69. Los Servicios cubiertos incluyen una (1) de las siguientes evaluaciones cada cinco (5) años:
 - (a) Una tomografía computarizada (TC) para medir la calcificación de las arterias coronarias; o
 - (b) Una ecografía para medir el grosor y la cantidad de placa de la íntima-media carotídea;

TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| Visita de atención médica primaria para tratar una lesión o enfermedad | Servicios de atención médica en el hogar* | Otra visitas médicas (Enfermero, asistente médico) | Servicios de paciente externo (incluyendo instalaciones, proveedor y honorarios quirúrgicos) |
| Servicios paliativos (Hospice) | Tratamiento de infertilidad* (solamente diagnóstico de la causa de la infertilidad) | Examen rutinario de la vista* | Visita a un especialista |
| Servicios en instalaciones /centros de atención de urgencia | Servicios de emergencia (incluyendo la habitación y transporte) | Servicios hospitalarios para paciente interno (incluyendo instalaciones proveedor y honorarios quirúrgicos) | Servicios de enfermería especializados* |
| Atención prenatal y post parto | Parto y todos servicios de atención de maternidad como paciente interno | Salud conductual* (servicios como paciente interno y externo) | Trastorno por abuso de sustancias* (servicios como paciente interno y externo) |
| Medicamentos que requieren receta médica (ver el formulario de IdealCare) | Servicios de rehabilitación como paciente externo* (incluyendo terapia física, ocupacional, del habla y atención de quiropráctico) | Equipo médico duradero/Dispositivos prostéticos | Audífonos/implante coclear * Los audífonos están sujetos a un límite de beneficios de \$1500.00 |

| | | | |
|---|---------------------|---|----------------------------------|
| | | | por audífono. |
| Imágenes (incluyendo CT,PET, resonancias magnéticas (MRI), servicios de laboratorio, radiografías y diagnóstico | Trasplantes* | Diálisis | Educación/ Manejo de la diabetes |
| Cirugía reconstructiva * | Terapia de infusión | Tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular* | Asesoría nutricional |

* *Revise su EOC y el RBC para las especificaciones de coberturas, limitaciones y exclusiones en <http://senderohealth.com/idealcareeng/benefits.html>.*

SERVICIOS DENTALES

Sendero limitará los Servicios Cubiertos al servicio más económico que determinemos que producirá resultados profesionales y adecuados. El costo compartido y las limitaciones dependen del tipo y el sitio de servicios. El costo compartido y las limitaciones dependen del tipo y el sitio de servicio.

A partir del 1 de septiembre de 2018, se requerirá la asistencia dental de un niño sujeto a la pensión alimenticia además de la asistencia médica según el Código de la Familia y el Código de Seguros de Texas.

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN DE RECETA (DROGAS DE FORMULARIO)

IdealCare mantiene una lista de formulario que le indica cuáles medicamentos son genéricos, preferidos y no preferidos. Se puede obtener una copia de la lista actualizada llamando a un representante de Servicio al Cliente, quien también podrá contestar a sus preguntas sobre sus copagos. El formulario del plan IdealCare también se encuentra en el sitio de Internet del plan IdealCare en www.senderohealth.com/idealcareformulary. Favor de tomar en cuenta

que los medicamentos de venta sin receta no son un beneficio cubierto y algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa.

Hay muy poca diferencia entre un medicamento de marca y su versión genérica. Los medicamentos genéricos poseen los mismos ingredientes activos que los de marca y cuestan menos. Puede que vengan en distintos colores y formas. En la farmacia le surtirán su receta con un medicamento genérico si éste está disponible. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) exige que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, potencia, pureza y estabilidad que los de marca. Si su proveedor no desea un sustituto genérico, deberá ponerse en contacto con nosotros y explicar cuál es la razón. Si no aprobamos su solicitud, se informará tanto a usted como a su proveedor de nuestra decisión. Tiene derecho a solicitar una apelación si no se aprueba su solicitud. Le informaremos cómo hacerlo cuando les informemos de nuestra decisión.

En el caso de algunos medicamentos necesitan nuestra aprobación, a esto se denomina autorización previa. Si su proveedor decide que usted debe tomar un medicamento que está en este grupo, éste se pondrá en contacto con nosotros para recibir autorización antes de hacerle la receta para su medicamento.

Su proveedor deberá completar un formulario de autorización previa y enviárnoslo para que podamos llegar a una decisión sobre la cobertura. Después que la solicitud haya sido revisada se les informará tanto a usted como a su proveedor de nuestra decisión. Si aprobamos dicho medicamento, podrá obtenerlo en una farmacia participante. Si no aprobamos su solicitud, se les informará tanto a usted como a su proveedor de nuestra decisión. Tiene derecho a presentar una apelación si no se aprueba su solicitud. Le informaremos cómo hacerlo cuando le comuniquemos nuestra decisión.

Usted tiene diferentes niveles de cobertura, dependiendo de la categoría (“nivel”) del medicamento que se le asigne en el formulario de farmacia del plan IdealCare. Nuestro plan de beneficios de medicamentos tiene cinco niveles, sus medicamentos recetados entran en una de las cinco categorías o niveles. Cada nivel tiene un diferente copago o coseguro. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura y su Evidencia de Cobertura para obtener más información o llame a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693.

Algunos medicamentos requieren de una terapia escalonada, esto significa que usted debe probar un medicamento en una primera etapa antes de que el segundo sea cubierto. Por lo general, los medicamentos genéricos se encuentran en la primera etapa.

Es posible que se le pida que tome un medicamento que es químicamente diferente del medicamento que se le recetó originalmente. Este medicamento distinto tendrá el mismo propósito terapéutico y será utilizado para las mismas afecciones aprobadas por la FDA. Esto se denomina Intercambio Terapéutico. El farmacéutico o su proveedor puede pedirle que tome este medicamento y le explicará las razones por las que cree que éste es un mejor medicamento para usted. No está obligado a estar de acuerdo. Si está en desacuerdo, se le surtirá la receta con el medicamento original.

- *Nivel 1*–Medicamentos más económicos, incluye la mayoría de los genéricos y algunas marcas selectas; el *copago más bajo*.
- *Nivel 2* –Medicamentos preferidos – Medicamentos que se consideran preferidos porque han demostrado ser eficaces y de precio favorable en comparación con otros medicamentos que tratan la misma afección; *copago de valor medio*.
- *Nivel 3*–Medicamentos no preferidos - Medicamentos que no han probado ser más eficientes en costo-beneficio que los genéricos disponibles o que las marcas preferidas; *copago más alto*.
- *Nivel 4*-Medicamentos especiales (SP) - Medicamentos especiales que normalmente requieren ser surtidos de manera especial, su disponibilidad es limitada y se dirigen a grupos muy limitados de pacientes; *coseguro más alto*.
- *Nivel 5*- *Medicamentos del Servicio Médico-Son medicamentos que pueden estar cubiertos bajo su beneficio médico* (visita médica o visita al hospital). Medicamentos del Servicio Médico requieren la administración por un médico o en una instalación. No se dispensan a través de la farmacia ambulatoria; Esto no está cubierto por IdealCare.
- *Nivel 6*-*Medicamentos para cuidados preventivos para inscriptos calificados; copago cero*.

Todos los medicamentos se surten cada 30 días. *Con la excepción de las gotas oftálmicas de la enfermedad ocular crónica, que puede recibir un suministro de 30, 60, o 90 días. Para obtener más información, comuníquese con la línea de Farmacia de Servicio al Cliente al 1-866-333-2757. Medicamentos por correo no son disponible a los miembros de IdealCare.

Recomendamos que los medicamentos se utilicen de manera segura, es por eso que establecemos una cantidad máxima por mes para algunos medicamentos. Estos límites están basados en los lineamientos de la FDA

y las recomendaciones de sus fabricantes. Hay circunstancias que admiten excepciones a dichos límites. Su médico puede solicitar una excepción poniéndose en contacto con nosotros y explicando la razón de la excepción. Le informaremos nuestra decisión. Si no aprobamos la solicitud para una excepción de límite de cantidad, le informaremos a su médico cómo apelar dicha decisión.

Para obtener más información sobre nuestros procedimientos farmacéuticos y para conocer si algún medicamento está incluido en nuestro formulario, vaya a www.senderohealth.com/idealcareformulary. El formulario le brindará información sobre:

- Los medicamentos que incluye nuestro formulario.
- Límite de cantidad y copagos para los medicamentos.
- Restricciones que se aplican a los medicamentos como, por ejemplo: requisitos de autorización previa.
- Cómo obtener autorización previa para un medicamento, si es necesario.
- Cómo debe solicitar su médico una excepción a nuestro formulario, incluso la documentación que exigimos para revisar dicha solicitud.
- Cómo pueden apelar tanto usted como su médico nuestra decisión de no aprobar la solicitud de excepción.
- El proceso de sustitución de medicamentos genéricos.
- Los requisitos para la terapia escalonada.
- Los requisitos de intercambio terapéutico.
- Cualquier otro requisito, restricción, limitación o incentivo que se aplique al uso de ciertos medicamentos.

Usted puede revisar nuestro formulario en línea o llamando a Servicios al Cliente para verificar la cobertura de un medicamento específico. Como miembro, si el medicamento que usted está tomando no está en nuestro formulario, usted puede solicitar que cubramos el medicamento. Esto se llama una solicitud de excepción. Su médico necesitará decirnos las razones por las cuales él o ella cree que debemos hacer una excepción a nuestro formulario.

Si necesita solicitar una excepción de medicamentos, cualquiera de las siguientes personas puede solicitar una determinación de cobertura:

- Usted el miembro,
- Su médico puede solicitarnos una determinación de cobertura para usted o
- Su representante (miembro de la familia o amigo, que ha sido identificado como su representante)

Las solicitudes deben ser enviadas a Navitus. Puede pedir dos tipos de determinación:

- **Solicitud Estándar-** Son solicitudes que no son urgentes. El tiempo de respuesta para recibir una respuesta a su solicitud es 72 horas después de haber recibido la solicitud.
- **Solicitudes urgentes:** Urgente se define como: Existe una amenaza inminente y grave para la salud del paciente. El tiempo de respuesta para recibir una respuesta a su solicitud es de 24 horas después de haber recibido la solicitud.

Cualquiera de estas solicitudes puede hacerse oralmente o por escrito. Si desea enviar su solicitud por escrito, use el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura que se encuentra en nuestro sitio web o en el Portal de Miembros. Puede llenar el formulario y enviarlo por fax al 1-855-668-8551 o ingrese al portal de miembros y envíe el formulario electrónicamente. Si necesita ayuda para iniciar el proceso para la excepción de medicamentos, llame al 1-866-333-2757.

USO DE SUS BENEFICIOS DE FORMULARIO

Usted puede obtener su receta en cualquier farmacia dentro de la red. Presente su tarjeta de identificación de IdealCare en cualquier farmacia dentro de la red. IdealCare también tiene un portal para medicamentos recetados disponible en nuestro sitio de internet que le ayudará a encontrar una farmacia cercana, confirmar su copago para su(s) medicamento(s) recetado(s), e información adicional sobre sus medicamentos.

Cuando muestre su tarjeta de identificación de IdealCare al farmacéutico, usted le está proporcionando toda la información que necesitan para recibir su receta. El farmacéutico le pedirá que pague el copago, coseguro o deducible correspondiente a su receta. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, pregúntele al farmacéutico. Usted no está obligado a hacer un pago de un medicamento con receta que es más que el menor de: el copago, el monto de la demanda admisible, o la cantidad que pagaría si la compra de la prescripción y sin beneficios para la salud o descuentos. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, pregunte al farmacéutico.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Los servicios de atención de emergencia incluyen los servicios de atención médica que se reciben en una sala de emergencias de hospital, o instalación comparable, para evaluar y estabilizar ciertas condiciones médicas, incluidas las afecciones de salud conductual. Estas son afecciones de reciente aparición y de gravedad (como dolor severo) que podría llevar a pensar a una persona con conocimientos promedio de

medicina y salud a que dicha afección, enfermedad o lesión es tal que, de no recibir atención médica inmediata, podría causar lo siguiente:

- Poner la salud del paciente en grave peligro
- Deteriorar gravemente las funciones corporales
- Provocar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
- Producir desfiguración grave
- En el caso de una mujer embarazada, poner en serio peligro la salud del feto.

Adicionalmente, ésta es una lista limitada de las situaciones que también serían consideradas como emergencias médicas. Si usted cree que tiene una emergencia médica, **vaya a la sala de emergencia o llame al 9-1-1**. Las emergencias incluyen, pero no están limitadas a:

- Aparente ataque cardíaco
- Pérdida del conocimiento
- Dolor de pecho con síntomas de ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Envenenamiento
- Hemorragia grave
- Convulsiones
- Fracturas
- Dolor abdominal severo de aparición repentina
- Lesiones o traumas graves
- Shock debido a una enfermedad o lesión repentina
- Dificultad para respirar, por ejemplo, en un ataque severo de asma

Si está dentro del área de servicio de IdealCare y no puede comunicarse con su PCP, puede llamar al Servicio al Cliente al 1-844-800-4693. El departamento de servicio al cliente le puede ayudar a encontrar un centro de atención urgente dentro de la red.

Si recibe servicios de emergencia en un centro de la red y recibe una factura de saldo de un médico que no pertenece a la red, u otro profesional de la salud para servicios de emergencia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-800-4693. Sendero reembolsará por completo al médico o proveedor que no se encuentre en la red con la tarifa usual y habitual o acordada. No se le debe facturar el saldo de los Servicios de emergencia recibidos en una instalación dentro de la red. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la factura para fines de investigación. Sendero trabajará para mantenerlo inofensivo por cualquier monto más allá del copago, coseguro u otros montos de desembolso que hubiera pagado si la red de Sendero hubiera incluido médicos o proveedores de la red de los cuales pudiera obtener servicios de

emergencia. Sendero lo mantendrá inofensivo cuando los servicios sean prestados a usted por un médico que no pertenece a la red en una instalación de la red.

SERVICIOS DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA

Los servicios de atención de emergencia están cubiertos dentro y fuera de la red. Servicios de atención de emergencia necesarios serán proporcionados a usted, incluyendo el tratamiento, la estabilización de una condición médica, el examen de detección u otra evaluación requerida por las leyes estatales o federales que son necesarios para determinar si existe una emergencia. La evaluación o los servicios que son necesarios para determinar si existe una emergencia.

Si después de una evaluación el tratamiento de emergencia se determina que no es necesario, debe comunicarse con su PCP para arreglar cualquier atención que no sea de emergencia. Si opta por utilizar la sala de emergencias para un tratamiento que no sea de emergencia, usted será responsable de todos los cargos facturados. Debe comunicarse con su PCP antes de recibir cuidados de seguimiento. Si en la sala de emergencias le recomiendan ir a un proveedor de atención especializada o si el proveedor que lo atiende le aconseja volver a la sala de emergencias, usted tiene que notificarle a su PCP antes de programar la cita. Usted o alguien que actúe en su nombre debe comunicarse con su PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible, para que pueda solicitar los cuidados de seguimiento.

Si usted recibe los servicios de emergencia en un centro fuera de la red que puede ser que sea facturado por el saldo por los médicos que proporcionan servicios a usted en el hospital o centro. Si recibe servicios de emergencia en un centro de la red y recibe una factura de saldo de un médico que no pertenece a la red, u otro profesional de la salud para servicios de emergencia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-800-4693. Sendero reembolsará por completo al médico o proveedor que no se encuentre en la red con la tarifa usual y habitual o acordada. No se le debe facturar el saldo de los Servicios de Emergencia recibidos en una instalación dentro de la red. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la factura para fines de investigación.

COMO RECIBIR ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA

Si usted o un dependiente de IdealCare se enferma o sufre una lesión severa lo suficientemente dolorosa para necesitar evaluación o tratamiento por la noche o durante un fin de semana, usted primero deberá ponerse en contacto con su PCP, quien le recomendará qué hacer de acuerdo con sus síntomas. Su PCP está disponible de forma directa o a

través de convenios de cobertura con otros proveedores las 24 horas del día, los 7 días de la semana. IdealCare también cuenta con una línea telefónica para asesoramiento de enfermería a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono de la Línea de asesoramiento de enfermería es 1-855-880-7019.

ATENCIÓN DE URGENCIA

Una situación de atención de urgencia no es tan grave como una emergencia. La atención de urgencia incluye servicios distintos de aquellos de emergencia, que resultan de una lesión aguda o enfermedad suficientemente grave o dolorosa, que una persona puede pensar que de no ser atendida en 24 horas causaría un deterioro grave de su salud.

Si usted está dentro del área de servicio del plan IdealCare y no puede comunicarse con su PCP, puede llamar a Servicio al Cliente al teléfono sin costo 1-844-800-4693. Servicio al Cliente puede ayudarle a encontrar un centro de atención de urgencia dentro de la red.

VIAJE O ESTADÍA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Si se enferma cuando se encuentra fuera de la ciudad o durante el viaje, comuníquese en forma gratuita con el Servicio al Cliente de IdealCare al 1-844-800-4693 para recibir asistencia.

Si necesita servicios de emergencia mientras está fuera del área de servicio de IdealCare, diríjase al hospital más cercano y luego llame a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693. Si recibe servicios de emergencia en un centro de la red y recibe una factura de saldo de un médico que no pertenece a la red, u otro profesional de la salud para servicios de emergencia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-800-4693. Sendero reembolsará por completo al médico o proveedor que no se encuentre en la red con la tarifa usual y habitual o acordada. No se le debe facturar el saldo de los Servicios de Emergencia recibidos en una instalación dentro de la red. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la factura para fines de investigación.

Cuando usted o sus dependientes estén fuera del área de servicio de IdealCare, comuníquese con su médico de atención primaria (PCP) antes de tiempo para programar citas, u obtenga recetas que duren la duración de su tiempo de ausencia.

IdealCare no cubre los servicios que no son de emergencia cuando se encuentra fuera del área de servicio de IdealCare. Si recibe servicios que no sean de emergencia fuera del área de servicio, será responsable de pagar el saldo adeudado a la instalación o al proveedor.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Cuando usted requiera hospitalización, su PCP o especialista le recomendará a un hospital dentro de la red. Su PCP y el personal del departamento de Servicios de Salud de IdealCare también le ayudarán a coordinar su atención durante su estancia en el hospital.

Por favor, verifique que el hospital al que está siendo referido se encuentre dentro de la red de su plan de beneficios de salud.

FACTURACIÓN DE SALDO

Si recibe atención en un hospital dentro de la red que existe la posibilidad de que algunos de los proveedores de los hospitales no están dentro de la red con IdealCare. Algunos ejemplos de los proveedores de los hospitales son anestesista, radiólogo, patólogo, un médico de urgencias, un neonatólogo, o un cirujano asistente. Estos proveedores pueden que le envíen una factura por la diferencia entre el monto permitido de IdealCare y el cargo facturado de los proveedores. Cuando un proveedor le factura la diferencia, esto se llama facturación de saldos. Si recibe una factura de saldo, debe comunicarse con IdealCare al 1-844-800-4693

Si recibe **Servicios de Emergencia** en una **Instalación Dentro de la Red** y recibe una factura de saldo de un médico de la instalación que no pertenece a la red u otro profesional de atención médica para **Servicios de Emergencia**, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-800-4693. No se le debe facturar por los **Servicios de Emergencia** recibidos en una instalación **Dentro de la Red**. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la declaración de facturación detallada para fines de investigación.

PAGO POR SERVICIOS Y RECLAMACIONES

Usted es responsable por sus copagos, coseguros y/o deducibles, si acaso se aplica, al momento de la prestación del servicio. Aparte de sus copagos, coseguros y/o deducibles, usted no debe recibir ninguna otra factura de los proveedores de la red de IdealCare por los servicios cubiertos. Si usted cree que ha recibido una factura por error, comuníquese en forma gratuita con el Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 para obtener ayuda.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS

Como se describe en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), algunos beneficios no están disponibles para:

1. Servicios brindados por un proveedor no participante, excepto

cuando:

- a. Cuenten con la autorización de Sendero o
 - b. Los siguientes servicios sean Médicamente Necesarios para brindar Atención de emergencia:
 - Servicio de ambulancia profesional; o
 - Servicios en la Sala de emergencias de un hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un Centro de emergencias equivalente;
2. Servicios recibidos antes de la Fecha de Entrada en vigor o después de la fecha de terminación del/la presente Evidencia de Cobertura/Contrato;
 3. Servicios que no sean Médicamente necesarios para prevenir, aliviar, curar o sanar Lesiones corporales o Enfermedades, a excepción de los Servicios preventivos de rutina especificados;
 4. Cargos por servicios profilácticos, incluidos, entre otros, la mastectomía profiláctica o cualquier otro servicio realizado para evitar que un proceso de enfermedad se haga evidente en el tejido del órgano más adelante;
 5. Servicios que sean Experimentales o de Investigación, o que estén relacionados con tales servicios, y que se reciban antes de, en relación con, o luego del servicio que sea Experimental o de Investigación, a excepción de lo dispuesto expresamente en la/el presente Evidencia de cobertura/Contrato. El hecho de que un servicio constituya el único tratamiento disponible para una afección no necesariamente lo hará elegible para gozar de cobertura si Nosotros lo consideramos Experimental o de Investigación;
 6. Complicaciones relacionadas directamente con un servicio que no constituya un Servicio de la Evidencia de cobertura/cubierto en virtud del presente Contrato porque determinamos que es Experimental o de Investigación o que no es Médicamente necesario, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato. 'Directamente relacionado' significa que el servicio tuvo lugar como resultado directo del servicio Experimental o de Investigación o no Médicamente necesario, y que no habría tenido lugar si no se hubiese recibido el servicio Experimental o de Investigación o no Médicamente necesario;
 7. Servicios que excedan el monto de beneficios disponibles para un servicio en particular;
 8. Servicios para, o el tratamiento de las complicaciones de, procedimientos o servicios no cubiertos;
 9. Servicios, a excepción de la Atención de emergencia, relacionados con una Enfermedad o Lesión corporal cuya responsabilidad recaiga en la Persona cubierta. Servicios relacionados con una Enfermedad o Lesión corporal sufrida como resultado de:

- a. Por los cuales no se cobre ningún cargo o por los cuales la Persona cubierta no debería pagar si no contara con la presente cobertura, a menos que los cargos provengan de, y sean reembolsables al, gobierno de los Estados Unidos o a cualquiera de sus agencias, según lo exija la ley;
 - b. Provisos por, o pagaderos en virtud de, cualquier plan o ley a través de un gobierno o cualquier subdivisión política, (excepto Medicaid), a menos que lo prohíba la ley, que usted o la Persona cubierta no estén obligados legalmente a pagar;
 - c. Provisos mientras una Persona cubierta esté Internada en un Hospital o una institución que sea propiedad del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, o esté operado por los mismos, por cualquier Enfermedad o Lesión corporal relacionada con los servicios.
 - d. Que no se presten o no se encuentren fundamentados en la historia clínica;
 - e. Provisos por un Familiar o una persona que resida con la Persona cubierta;
 - f. Realizados en relación con un servicio no cubierto.
 - g. Servicios hospitalarios para pacientes internados cuando la Persona cubierta se encuentre en Estado de observación;
 - h. A menos que se disponga lo contrario en el presente Contrato, servicios cosméticos o sus complicaciones;
 - i. Cuidado asistencial y Cuidado de mantenimiento;
10. Servicios de ambulancia para traslados de rutina hacia, desde o entre centros de salud y/o el consultorio de un Profesional de la salud;
 11. Aborto médico o quirúrgico electivo a menos que:
 - a. Se realiza un aborto debido a una emergencia médica. Para los fines de esta sección, emergencia médica significa una condición física que pone en peligro la vida agravada, causada por o derivada de un embarazo que, según lo certificado por un médico, pone a la mujer en peligro de muerte o un riesgo grave de deterioro sustancial de un Función corporal mayor a menos que se realice un aborto
 12. Reversión de la esterilización;
 13. Tratamiento para la infertilidad;
 14. Disfunción sexual;
 15. Servicios de cambio de sexo, independientemente de que exista un diagnóstico de problemas de rol de género u orientación psicosexual;
 16. Exámenes o pruebas de la vista con el fin de recetar lentes

correctivos; queratotomía radial; queratoplastia refractiva; o cualquier otra Cirugía u otro procedimiento para corregir la miopía, la hipermetropía o un error astigmático; tratamiento ortóptico (ejercicios para los ojos); o la compra o el ajuste de anteojos o lentes de contacto, a menos que se especifique en el presente Contrato;

17. Servicios dentales, aparatos o artículos para el tratamiento de los dientes, las encías, las mandíbulas o los procesos alveolares, incluidos, entre otros, la extracción de dientes impactados retenidos parcial o completamente, cualquier Cirugía oral o periodontal y la atención preoperatoria y postoperatoria, implantes y procedimientos relacionados, procedimientos de ortodoncia, y cualquier servicio dental relacionado con una Lesión corporal o Enfermedad, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato;
18. Pruebas prequirúrgicas/procedimentales duplicadas durante una Internación hospitalaria;
19. Cualquier tratamiento para la obesidad, independientemente de los beneficios potenciales para las afecciones comórbidas, incluidos, entre otros:
 - a. Procedimientos quirúrgicos para la Obesidad mórbida;
 - b. Servicios o procedimientos para tratar una Enfermedad o Lesión corporal causada, complicada o exacerbada por la obesidad; o
 - c. Complicaciones relacionadas con cualquier servicio prestado para la reducción de peso;
 - d. Procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de piel y/o grasa en relación con, o como resultado de, la pérdida de peso o una Cirugía para bajar de peso;
20. Servicios para el cuidado de los pies cuando la persona no sufra de diabetes, trastornos circulatorios en las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica, incluidos, entre otros:
 - a. Terapia de ondas de choque para los pies;
 - b. Tratamiento para pies débiles, esguinzados, planos, inestables o desequilibrados;
 - c. Cuidado higiénico, y el tratamiento de lesiones superficiales en los pies tales como durezas, callos o hiperqueratosis;
 - d. Tratamiento para la tarsalgia, la metatarsalgia o los juanetes, excepto las Cirugías que involucren la exposición de huesos, tendones o ligamentos;
 - e. Corte de las uñas de los pies, excepto la extracción de

- la matriz ungueal; y
- f. Soportes para el arco, cuñas de talón, elevadores, plantillas para el calzado y el ajuste o la provisión de ortesis para pies o zapatos ortopédicos, a menos que sean Médicamente necesarios por padecer diabetes o dedo en martillo;
21. Prótesis, trasplantes o implantes capilares;
 22. Cuidados auditivos de rutina, incluidos, entre otros, exámenes y pruebas; cualquier dispositivo auditivo artificial; prótesis auditivas u otros medios eléctricos, digitales, mecánicos o quirúrgicos para mejorar, crear o restaurar la comprensión auditiva, a excepción de lo expresamente establecido en el presente Contrato;
 23. Servicios provistos en una clínica para el síndrome premenstrual o una clínica de medicina holística;
 24. Servicios de trasplante, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato;
 25. Artículos o suministros médicos de venta libre que puedan ser recetados por un Profesional de la salud pero que también estén disponibles sin orden escrita o Receta, a excepción de los Servicios preventivos;
 26. Inmunizaciones, incluidas las requeridas para viajes al extranjero, para Personas cubiertas de cualquier edad, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato;
 27. Tratamiento para cualquier problema de la articulación de la mandíbula, incluidos, entre otros, trastorno de la articulación temporomandibular, trastorno craneomaxilar, trastorno craneomandibular, trastorno neuromuscular de la cabeza y el cuello u otras afecciones de la articulación que conecta la mandíbula con el cráneo;
 28. Pruebas, orientación o servicios genéticos;
 29. Gastos por exámenes físicos laborales, escolares, deportivos, para campamentos y para obtener un seguro; y pruebas/exámenes prematrimoniales;
 30. Servicios recibidos en una sala de emergencia a menos que se trate de Atención de emergencia;
 31. Cualquier Gasto Incurrido por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, a excepción de los servicios de Atención de emergencia;
 32. Servicios recibidos durante una internación cuando la misma esté relacionada principalmente con problemas de conducta, inadaptación social, falta de disciplina u otros actos antisociales que no sean, específicamente, el resultado de una Enfermedad mental;
 33. Servicios y artículos que:
 - a. Se presten en relación con Enfermedades mentales no

- clasificadas en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales actual;
- b. Se extiendan más allá del período necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de conducta y aprendizaje o el retraso mental; y
 - c. Queda excluida específicamente el asesoramiento matrimonial;
34. No se proporcionarán beneficios para:
 - a. Inmunoterapia para el aborto recurrente;
 - b. Quimionucleólisis;
 - c. Litotricia biliar;
 35. Monitoreo de la actividad uterina en el hogar;
 36. Terapia del sueño;
 37. Tratamiento con luz para el Trastorno afectivo estacional;
 38. Inmunoterapia para alergias alimentarias;
 39. Proloterapia;
 40. Bandas craneales;
 41. Cirugía para la hiperhidrosis; y
 42. Terapia de integración sensorial;
 43. Cargos por medicina alternativa, incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la terapia médicos.
 44. Los servicios de medicina alternativa incluyen, entre otros:
 45. Acupresión;
 46. Acupuntura;
 47. Aromaterapia;
 48. Ayurveda;
 49. Biorretroalimentación (excepto en la medida que incluya una Terapia de neuro retroalimentación que sea Médicamente necesaria para el tratamiento de una Lesión cerebral adquirida);
 50. Curación mediante la fe;
 51. Imágenes mentales guiadas;
 52. Medicina herbolaria;
 53. Medicina holística;
 54. Homeopatía;
 55. Hipnosis;
 56. Macrobiótica;
 57. Terapia de masajes;
 58. Naturopatía;
 59. Terapia de ozono;
 60. Reflexología;
 61. Respuesta de relajación;
 62. Método Rolfing;
 63. Shiatsu; y
 64. Yoga;
 65. Gastos de vida, viaje y transporte, a excepción de lo dispuesto expresamente en la disposición de Servicios de

- ambulancia o en la disposición de Trasplantes de la Sección “Beneficios de su contrato” del presente Contrato; y
66. Cargos por servicios que se utilicen, principalmente y de forma habitual, para fines no médicos o para el control o el mejoramiento del medio ambiente (ya sea que estén prescritos por un Profesional de la salud o no), incluidos, entre otros:
 67. Artículos del hogar comunes, tales como acondicionadores de aire, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, camas de agua, colchones o almohadas hipoalérgicos, o equipo para hacer ejercicio;
 68. Motonetas; equipos de transporte motorizado; escaleras mecánicas, ascensores; rampas; y modificaciones o adiciones a la vivienda, el lugar de trabajo, o los vehículos de transporte;
 69. Equipos de higiene personal como sillas de baño/ducha, equipos o artículos de transferencia, o inodoros junto a la cama;
 70. Artículos de confort personal, como almohadas cervicales, sillas de reducción de gravedad para la zona lumbar, piscinas, jacuzzis, spas o saunas;
 71. Equipos médicos, incluidos los dispositivos de control de la presión arterial, las luces PUVa y los estetoscopios;
 72. Cargos por cualquier tarifa de membresía o tarifa de programa pagada por una Persona cubierta, por ejemplo, en clubes y spas de salud; por programas de acondicionamiento aeróbico y de fuerza, de fortalecimiento para el trabajo, de Pérdida de peso, o programas similares; y por cualquier material o producto relacionado con dichos programas;
 73. Sistemas de comunicación, telefonía, televisión o computación; y equipos relacionados o artículos o equipos similares; y
 74. Dispositivos de comunicación, excepto después de la extirpación quirúrgica de la laringe o de un diagnóstico de falta de función permanente de la laringe.
 75. Servicios para la fertilización in vitro y la promoción de la fertilidad mediante tecnologías reproductivas extra coitales, incluidas, entre otras, la inseminación artificial, la inseminación intrauterina, mejora de la capacitación de la superovulación uterina, la inseminación intraperitoneal directa, la inseminación tubárica transuterina, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia en el estadio de ovocito pronucleado, la transferencia intrafalopiana de cigotos y la transferencia embrionaria tubárica.

EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA

A menos que se indique expresamente lo contrario, no se proporcionará ningún beneficio por los siguientes artículos:

1. Medicamentos que no estén incluidos en el Formulario de medicamentos;
2. Suplementos dietarios, excepto las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades metabólicas hereditarias específicas, y fórmulas elementales basadas en aminoácidos, según se estipula expresamente en el presente Contrato;
3. Productos nutricionales;
4. Suplementos de flúor, excepto cuando se los prescriban a niños en edad preescolar mayores de 6 meses cuya fuente de agua principal tenga deficiencias de flúor;
5. Minerales;
6. Hierbas y vitaminas;
7. Medicamentos de venta bajo receta que Nosotros no consideremos Medicamento necesarios;
8. Cualquier medicamento recetado por una Enfermedad o Lesión corporal para la cual el presente Contrato no cubra servicios;
9. Cualquier medicamento recetado que no sea para:
 - a. Indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o
 - b. Indicaciones, que no figuren en la etiqueta, reconocidas por la literatura médica revisada por colegas;
10. Cualquier droga, medicina o medicamento que:
 - a. Contenga la leyenda “Precaución: Uso limitado a los fines de investigación por la ley federal”; o
 - b. Experimental o de Investigación, aunque se le cobre un cargo a la Persona cubierta;
11. Extractos alergénicos;
12. La administración de medicamentos cubiertos;
13. Dispositivos o artefactos terapéuticos, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato, incluidos, entre otros:
 - a. Agujas y jeringas hipodérmicas, excepto las agujas y jeringas para insulina y Medicamentos inyectables autoadministrados cuya cobertura esté aprobada por

- Nosotros;
- b. Prendas de soporte;
 - c. Bombas mecánicas para el suministro de medicamentos; y
 - d. Otras sustancias no médicas;
14. Anorexígenos o cualquier medicamento utilizado para controlar el Peso;
 15. Drogas abortivas (utilizadas para inducir el aborto);
 16. Cualquier medicamento utilizado para fines cosméticos, incluidos, entre otros:
 - a. Tretinoína (por ej., Retin A), a menos que la Persona cubierta tenga menos de 35 años o se le diagnostique acné en la edad adulta;
 - b. Agentes dermatológicos o estimulantes del crecimiento del cabello; o
 - c. Agentes pigmentantes o despigmentantes (por ej., Solaquin);
 17. Contrariamente a lo que se establezca en cualquier otra disposición del presente Contrato, podemos denegar la cobertura o, si corresponde, excluir del Formulario cualquier medicamento, incluidas las nuevas indicaciones de un medicamento existente, hasta la conclusión de un período de revisión que no podrá exceder los 6 meses después de la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) del uso y lanzamiento al mercado del medicamento, incluidas las nuevas indicaciones de un medicamento existente;
 18. Cualquier droga o medicina que:
 - a. Se pueda obtener legalmente sin receta (medicamento de venta libre), excepto la insulina; o drogas, medicinas o medicamentos que requieran, de conformidad con la reforma de Salud, la receta de un Profesional de la salud;
 - b. Esté disponible sin Receta en concentraciones que requieren receta;
 19. Estrógeno, progesterona y testosterona compuestos para la terapia de reemplazo hormonal;
 20. Tratamiento para la infertilidad, incluidos los medicamentos;
 21. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual (por ej., Viagra);
 22. Cualquier droga, medicina o medicamento que se consuma o se inyecte en el lugar donde el Profesional de la salud dé o dispense la Receta;

23. Implantes para la administración de medicamentos;
24. Medicamentos recetados que deban ser tomados por, o administrados a, la Persona cubierta, en su totalidad o en parte, mientras sea paciente de un centro que habitualmente provea los medicamentos a los pacientes internados. Los centros de internación incluyen, entre otros:
 - a. Hospitales;
 - b. Centros de enfermería especializada; o
 - c. Centros de cuidados paliativos;
25. Medicamentos inyectables, incluidos, entre otros:
 - a. Agentes inmunizantes;
 - b. Medicamentos inyectables autoadministrados o Medicamentos especiales cuya cobertura no aprobemos.
26. Resurtidos de recetas:
 - a. Más veces de las especificadas por el Profesional de la salud, o
 - b. Dispensadas luego de un año de la fecha de la orden original;
27. Cualquier porción de una Receta o un resurtido que exceda un suministro para 90 días cuando provenga de una Farmacia de orden por correo o de una Farmacia minorista participante del programa de Sendero que permite a una Persona cubierta recibir un suministro para 90 días de una Receta o un resurtido;
28. Cualquier porción de una Receta o un resurtido que exceda un suministro para 30 días cuando provenga de una Farmacia minorista no participante del programa de Sendero que le permite a una Persona cubierta recibir un suministro para 30 días de una Receta o un resurtido;
29. Cualquier porción de un Medicamento especial o un Medicamento inyectable auto administrado que exceda un suministro de 30 días;
30. Cualquier porción de un medicamento para el cual se exija y no se obtenga Autorización previa o Terapia escalonada;
31. Cualquier medicamento por el cual habitualmente no se cobre un cargo;
32. Cualquier porción de una Receta o un resurtido que:
 - a. Exceda el Límite de dispensación específico para dicho medicamento de Sendero (por ej., IMITREX);
 - b. Se le dispense a una Persona cubierta cuya edad se encuentre fuera de los límites de edad específicos del medicamento definidos por Nosotros;
 - c. Se resurta anticipadamente, según lo definido por Nosotros; o

- d. Supere el Límite de dispensación específico de duración;
- 33. Cualquier droga, medicina o medicamento recibido por la Persona cubierta:
 - a. Antes de quedar cubierta por el beneficio; o
 - b. Después de la fecha en la que haya finalizado la cobertura de la Persona cubierta en virtud del presente Contrato;
- 34. Cualquier costo relacionado con el despacho por correo postal, el envío o la entrega de Medicamentos de venta bajo receta.
- 35. Cualquier uso indebido intencional del beneficio, incluida la compra de Recetas con el fin de que las consuma otro individuo que no sea la Persona cubierta;
- 36. Cualquier Receta o resurtido de drogas, medicinas o medicamentos que se pierdan, se derramen, se estropeen, se dañen o sean robados;
- 37. Cualquier monto que la Persona cubierta haya pagado por el surtido de una Receta, independientemente de que la Receta se revoque o se cambie debido a una reacción adversa o una modificación en la dosis o Receta;

En caso de que se desestime una reclamación por tratarse de un producto Experimental o de Investigación, Usted tiene derecho a solicitar una revisión de la denegación por parte de una Revisión Externa Federal e Independiente.

REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN PREVIA

La autorización previa permite que IdealCare saber antemano que se necesita un plan o servicio específico para usted. Su PCP o su proveedor que lo está atendiendo dentro de la red es responsable por obtener la autorización necesaria previamente. Por favor confirme con su proveedor si el tratamiento o servicios están cubiertos por IdealCare y si se necesita una autorización. La autorización previa no garantiza el pago de los servicios si el médico o el proveedor han materialmente tergiversado los servicios de atención médica propuestos o si han fallado sustancialmente en la realización de los servicios de atención médica propuestos. La disponibilidad de beneficios está sujeta a otros requisitos de IdealCare tales como limitaciones y exclusiones, pago de la prima y elegibilidad en el momento de la atención y el servicio.

El programa de autorización previa de IdealCare utiliza criterios de selección médicos, jurídicamente aceptables, y procedimientos que se establecen y actualizan con aportaciones de los proveedores dentro de la red.

IdealCare le notificará a su PCP o proveedor de tratamiento de la decisión sobre la solicitud de autorización previa a más tardar el tercer día después de la fecha en que se recibió la solicitud. Si la solicitud de autorización previa es para atención de **hospitalización concurrente**, IdealCare se comunicará con su PCP o proveedor dentro de 24 horas después de recibir la solicitud. Si la autorización previa es para el tratamiento **posterior a la estabilización o amenazan a su vida**, IdealCare proporcionará notificación a su PCP o proveedor de tratamiento a más tardar una hora después de que se recibió la solicitud. Si IdealCare niega el servicio (s) le proporcionaremos una notificación por escrito dentro de tres días hábiles siguientes a la determinación adversa por teléfono o transmisión electrónica. Si la circunstancia implica el **tratamiento posterior a la estabilización o condiciones que amenazan a su vida** IdealCare proporcionará una respuesta por los servicios solicitados dentro de un momento apropiado relativa a la prestación de los servicios y la condición del miembro, pero en ningún caso excederá más de una hora de la hora de cuando se recibió la solicitud.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La continuidad de la atención es importante para su salud. La continuidad de la atención se refiere a la calidad de la atención con el tiempo. Es el proceso por el cual el paciente y su equipo de cuidado dirigido por un médico están involucrados cooperativamente en la gestión continua del cuidado de la salud hacia el objetivo compartido de una atención médica de alta calidad y costo-efectiva. Si está recibiendo tratamiento por una condición médica en el momento en que su PCP y / o especialista deja la red IdealCare, puede ser elegible para continuar el tratamiento por un período de tiempo con su proveedor de tratamiento, independientemente del estado de la red del proveedor.

Según el Código de Seguros de Texas § 843.362. Continuidad de la atención; Obligación de la Organización de Mantenimiento de la Salud

- (a) En esta sección, "circunstancia especial" significa una condición con respecto a la cual un médico o proveedor de tratamiento considera razonablemente que suspender la atención por ese médico o proveedor podría causar daño a un afiliado que es un paciente. Ejemplos de un afiliado que tiene una circunstancia especial incluyen un afiliado con una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal o que haya pasado la 24^a semana de embarazo.
- (b) Cada contrato entre una organización de mantenimiento de la salud y un médico y proveedor debe proveer que la terminación del contrato, excepto por razones de competencia médica o conducta profesional, no libera a la organización de mantenimiento de la salud de la obligación de reembolsar a un médico o proveedor que provee médicamente Tratamiento necesario en el momento de la

terminación a un afiliado que tiene una circunstancia especial de acuerdo con los dictados de la prudencia médica. Sujeto a las subsecciones (d) y (e), la organización de mantenimiento de la salud debe proporcionar un reembolso continuo a no menos de la tarifa del contrato a cambio de que el afiliado continúe recibiendo tratamiento continuo del médico o proveedor.

- (c) El médico o proveedor de tratamiento deberá identificar una circunstancia especial. El médico o proveedor de tratamiento debe:
 - (1) solicitar que se permita a un afiliado continuar el tratamiento bajo el cuidado del médico o proveedor; Y
 - (2) se compromete a no solicitar el pago del inscrito de cualquier cantidad por la cual el afiliado no sería responsable si el médico o proveedor continuó siendo incluido en la red de entrega de la organización de mantenimiento de la salud.
- (d) Salvo lo dispuesto en la Subsección
- (e) Esta sección no extiende la obligación de una organización de mantenimiento de la salud de reembolsar a un médico o proveedor terminado por el tratamiento continuo de un afiliado después de:
 - (1) el noveno día después de la fecha efectiva de la terminación;
 - (2) si el afiliado ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha efectiva de la terminación.
- (f) Si una afiliada ha pasado la 24^a semana de embarazo al momento de la terminación, la obligación de la organización de mantenimiento de salud de reembolsar a un médico o proveedor terminado o, si corresponde, se extiende a través de la entrega del niño y se aplica al cuidado postparto inmediato Y un chequeo de seguimiento dentro del período de seis semanas después del parto.
- (g) Un contrato entre una organización de mantenimiento de la salud y un médico o proveedor debe proporcionar procedimientos para resolver disputas sobre la necesidad de continuar el tratamiento por un médico o proveedor.

IdealCare trabajará con usted para facilitar la transición a un nuevo proveedor según corresponda. Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 para obtener más información.

Los proveedores están obligados por contrato a proporcionar a IdealCare un aviso por escrito de 90 días de su intención de terminar su participación en la red. IdealCare hará todo lo posible para proporcionar un aviso de 30 días a los miembros afectados cuando termine la relación de red de un proveedor. IdealCare trabajará con usted para facilitar la transición a un nuevo proveedor según corresponda.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR ESCRITO O VERBALMENTE

Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está satisfecho con los servicios / beneficios o el cuidado que recibió de IdealCare o un proveedor de IdealCare, llámenos al 1-844-800-4693. Se llevará a cabo una investigación completa sobre su queja. IdealCare le informará los resultados de nuestra investigación y le dará un seguimiento por escrito en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su queja verbal o escrita y / o formulario de queja.

También puede presentar una queja llenando y devolviendo el Formulario de quejas que se encuentra en nuestro sitio web en

<http://senderohealth.com/idealcareng/resources.html>.

IdealCare no discriminará ni tomará medidas punitivas contra un miembro, o representante de un miembro, por presentar una queja, una apelación o una si pide una apelación acelerada. IdealCare no participará en actos de represalia, incluyendo la negación de renovación o cancelación de la cobertura, contra un miembro porque el miembro, o una persona que actúe en nombre de éste, presente una queja contra IdealCare o apele a una decisión de IdealCare. Además, se prohíbe a IdealCare tomar represalias contra un médico o proveedores porque el médico o proveedor ha presentado una queja o apelado una decisión en nombre del afiliado.

Usted puede presentar una queja en cualquier momento al Departamento de Seguros de Texas (TDI) por escrito, o llamando al:

Texas Department of Insurance (TDI)

Consumer Protection, MC 111-1A

P.O. Box 14091

Austin, TX 78714-9091

Fax: (512) 490-1007

Página Web: <http://www.tdi.texas.gov>

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

PROCESO DE APELACIÓN

Usted podrá apelar una decisión que afecte de forma adversa su cobertura, beneficios o relación con IdealCare. Si no está conforme con la decisión que tomemos, podrá presentar una apelación por teléfono o por correo. Puede llamarnos de forma gratuita al 1-844-800-4693. Si necesita asistencia con el idioma para presentar una apelación, háganoslo saber y

le brindaremos ayuda para que pueda presentar la apelación. Puede enviar una apelación por escrito a:

IdealCare by Sendero Health Plans
Attn: Appeals
2028 E. Ben White Blvd., Suite 400
Austin, TX 78748

Si su circunstancia implica una condición que amenaza su vida usted, medicamentos recetados o infusiones intravenosas para las cuales el paciente está recibiendo beneficios de salud bajo la evidencia de cobertura tiene derecho a un recurso inmediato a una Revisión Externa Federal Independiente. Este proceso no está obligado a cumplir con los procedimientos para una apelación de la Revisión Externa Federal Independiente determinación adversa.

La Revisión de Utilización deberá notificar una determinación adversa para una revisión concurrente del suministro de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para las cuales el paciente recibe beneficios de salud bajo la evidencia de cobertura, a más tardar el trigésimo día antes de la fecha en que la disposición de medicamentos recetados o las infusiones intravenosas serán discontinuados.

Cuando usted hace una apelación contra una determinación adversa para una revisión concurrente de los servicios de salud que IdealCare proporcionará:

- (1) Cobertura o beneficios para los servicios de atención médica controvertidos, incluidos los medicamentos recetados y la infusión intravenosa, bajo la evidencia de cobertura del afiliado mientras se esté considerando la apelación; Y
- (2) Independientemente de si la determinación adversa es confirmada en apelación, IdealCare todavía puede cobrar a un afiliado por el copago aplicable, bajo la evidencia de cobertura del afiliado, incluidos los medicamentos recetados y la infusión intravenosa, recibidos durante el período en que se consideró la apelación.
- (3) Además, se prohíbe a IdealCare tomar represalias contra un médico o proveedores porque el médico o proveedor ha presentado una queja o apelado una decisión en nombre del afiliado.

APELACIONES ACELERADAS

Una apelación acelerada se realiza cuando se requiere que IdealCare tome una decisión rápida basada en su estado de salud, y en caso de tomarse el tiempo necesario para una apelación estándar, ello pudiera poner en

peligro su vida o salud, por ejemplo, cuando se encuentra hospitalizado, se le ha negado continuar con un tratamiento, medicamentos recetados o infusos intravenosos. Para solicitar una apelación acelerada, llame gratis a nuestro Departamento de Servicios de Salud al 1-855-297-9191. También puede solicitar una apelación acelerada por escrito. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible y les informaremos de dicha decisión a usted basado en sus necesidades, pero sin exceder de un día hábil desde la fecha de su solicitud.

A través del proceso de Apelación Acelerada, usted tiene el derecho de continuar con cualquier servicio que esté recibiendo actualmente, hasta que se emita la decisión final de su apelación. Si IdealCare niega su solicitud de apelación acelerada, se lo notificaremos. Su solicitud se trasladará al proceso regular de apelación. Le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días.

REVISIÓN EXTERNA FEDERAL INDEPENDIENTE

Algunas apelaciones rechazadas por IdealCare pueden ser revisadas por una Revisión Externa Federal Independiente. Cualquier miembro cuya Apelación de una Determinación Adversa sea negada por Sendero podrá solicitar la revisión de dicha determinación presentando una solicitud de apelación a través del Proceso Federal de Revisión Externa. Para obtener información sobre el proceso para solicitar una Revisión Externa Federal, puede llamar al Departamento de Servicios de Salud de Sendero al 1-855-297-9191 para obtener más información. También puede visitar <https://www.externalappeal.com> haga clic en "Forms" para descargar y completar un formulario de solicitud de revisión externa federal de HHS y devolverlo a:

MAXIMUS Federal Services, Inc.,
3750 Monroe Avenue, Suite 705,
Pittsford, NY 14534,
Teléfono gratuito: 888-866-6205
Número de fax: 888-866-6190

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES

El Directorio de nuestros proveedores contiene información sobre las competencias profesionales de nuestros médicos. La herramienta de búsqueda de proveedores que usted podrá encontrar en www.senderohealth.com/idealcarenetwork le brindará información sobre los títulos de nuestros médicos y le indicará si ese proveedor en particular acepta pacientes nuevos. Sin embargo, se recomienda, por lo general, comunicarse con el proveedor para tener mayor certeza. El Servicio al Cliente también puede brindarle más información sobre las competencias

del proveedor, como, por ejemplo: en qué Universidad de Medicina se formó, si tiene la residencia completa y la condición de la Certificación del Colegio Médico; además, le informará si el proveedor acepta pacientes nuevos. Puede comunicarse de forma gratuita con el Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 si quiere obtener más información sobre nuestros médicos.

ELEGIR SU MÉDICO

Ahora que ha elegido IdealCare, su próxima opción será decidir quién proporcionará la mayoría de sus servicios de atención médica. Su Proveedor de Cuidados Primaria (PCP) será al que llame cuando necesite asesoramiento médico, cuando esté enfermo y cuando necesite atención preventiva, como vacunas. Su PCP también forma parte de una "red" o asociación de profesionales de la salud que trabajan juntos para brindar una gama completa de servicios de atención médica. Eso significa que cuando elige a su PCP, también está eligiendo una red y, en la mayoría de los casos, no se le permite recibir servicios de ningún médico o profesional de la salud, incluido su obstetra / ginecólogo (OB-GYN) que no forma parte de la red de su PCP. No podrá seleccionar a ningún médico o profesional de atención médica fuera de la red de su PCP, a pesar de que dicho médico o proveedor de atención médica esté incluido en su plan de salud. La red a la que pertenece su PCP proporcionará o coordinará toda su atención, así que asegúrese de que la red de su PCP incluya los especialistas y hospitales que prefiera.

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP)

Después de hacer su primer pago inicial, debe seleccionar un Proveedor de Cuidados Primaria (PCP) para usted, así como cualquier otra persona que en su plan. Usted tiene la opción de seleccionar un proveedor, que le proporcionará la mayoría de los servicios de salud a. Usted seleccionará un PCP de la red del plan IdealCare de doctores familiares, generales, internistas y pediatras. La elección de un PCP es crucial para poder tener acceso inmediato a servicios de cuidados agudos y preventivos. Su PCP es su proveedor personal que proporcionará y / o coordinará todos los aspectos de su atención médica y supervisará su curso de tratamiento para asegurar que se mantenga la atención adecuada. Para una lista de proveedores de IdealCare, visite nuestro sitio web en www.senderohealth.com/idealcarenetwork.

Proveedores dentro de la red se encuentran en el Área de Travis lo cual incluye los condados de: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis, y Williamson. También puede llamar a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693 para recibir asistencia con encontrar un proveedor. IdealCare utiliza procesos estandarizados para evaluar y

aprobar los proveedores para su inclusión dentro de la red de IdealCare. Los proveedores dentro de la red son revisados de forma regular para asegurar que continúen cumpliendo con los estándares de IdealCare.

Por favor, ayude a su PCP a:

- Solicitando que sus registros médicos anteriores sean transferidos al consultorio de su PCP.
- Presentando su tarjeta de identificación de IdealCare cada vez que reciba servicios médicos.
- Pagar los copagos del proveedor, coseguro o cantidades deducibles aplicables en el momento del servicio.
- Contactando a su PCP tan pronto sea posible después de una emergencia médica, por lo que él o ella puede hacer arreglos para su cuidado de seguimiento.
- Obtener una referencia de su PCP antes de obtener atención médica (servicios no de emergencia), excepto cuando el servicio sea para la atención de un obstetra / ginecólogo (OB/ GYN) o proveedor de salud mental.

Su PCP está disponible directamente, o a través de arreglos para la cobertura con otros médicos, las 24 horas del día, 7 días por semana. Si a usted lo internan en un centro para pacientes internos, un proveedor que no sea su PCP podría dirigir y supervisar el servicio que recibe. Si usted tiene una afección crónica, incapacitante o que ponga en peligro su vida, podrá solicitar que lo atienda un proveedor de atención especializada para que sea su PCP. Para que un proveedor de atención especializada se nombrado como su PCP, debe cumplir todos los requisitos de IdealCare para los PCP y estar dispuesto a aceptar la responsabilidad de coordinar todas sus necesidades de atención médica. Si desea solicitar un doctor de atención especializada como su PCP, llame a Servicio al Cliente para solicitar el cambio.

IdealCare no proporciona beneficios por los servicios que recibe de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describe en su evidencia de cobertura y a continuación.

Tiene derecho a una red adecuada de médicos y proveedores dentro de la red.

Si cree que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas) al: www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html

Si IdealCare aprueba una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un médico o proveedor disponible, o si ha recibido atención de emergencia fuera de la red, IdealCare debe, en la mayoría de los casos,

resolverá la factura de los médicos fuera de la red para que solo tenga que pagar los montos aplicables ya sea copago, coseguro o deducible.

CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS

Queremos que nuestros miembros queden satisfechos con todos los aspectos de su atención médica. Si por cualquier razón usted quiere cambiar su PCP, por favor llame sin costo a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693. Usted puede también solicitar un cambio de PCP a través de nuestro portal seguro para miembros.

ELECCIÓN DE SU OBSTETRA Y GINECÓLOGO

ATENCIÓN A MIEMBROS FEMENINOS: Usted tiene derecho a seleccionar un obstetra/ginecólogo al que tenga acceso sin necesidad de obtener una recomendación médica de su PCP. No tiene obligación de seleccionar un obstetra/ginecólogo. Usted podrá optar por recibir sus servicios de obstetricia y ginecología de parte de su PCP.

Usted tiene el derecho a obtener los siguientes servicios sin una recomendación médica o autorización de IdealCare:

- Un examen de “mujer-sana” por año. Esto incluiría un examen pélvico y de seno, y un examen de Papanicolaou.
- Atención para todas las afecciones ginecológicas.
- Atención para cualquier enfermedad o tratamiento dentro del alcance de la licencia del doctor, incluyendo enfermedades de seno.

Visite nuestro sitio en Internet para obtener una lista de proveedores de obstetricia/ginecología dentro de la red IdealCare, www.senderohealth.com/idealcarenetwork o comuníquese con Servicio al Cliente si necesita información adicional acerca de cómo tener acceso a los servicios de obstetricia/ginecología.

ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

IdealCare cubre una amplia gama de servicios especializados. Si su PCP determina que su afección requiere de tratamiento por un especialista, le recomendará al especialista adecuado dentro de la red.

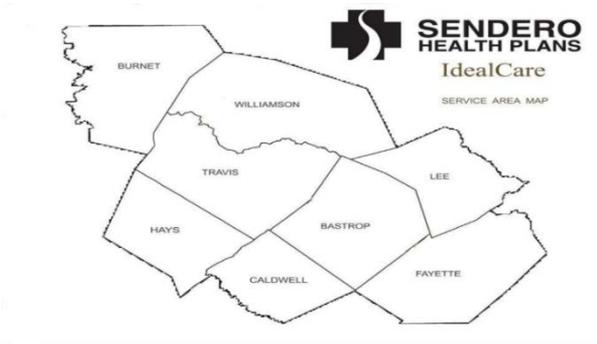
NOTA: A usted no se le exige una recomendación médica de su PCP para tener acceso a los servicios de un obstetra/ginecólogo o proveedor de salud conductual que esté dentro de la red del plan IdealCare.

Para obtener una lista de proveedores de atención especializada dentro de la red de IdealCare, visite nuestro sitio en Internet en

www.senderohealth.com/idealcarenetwork. Los proveedores están en el área de servicio de Travis lo cual incluye los condados de Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis, y Williamson. La herramienta de búsqueda en línea se actualiza cada dos semanas. También puede llamar sin cargo a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 para obtener la información más actualizada de los proveedores dentro de la red.

ÁREA DE SERVICIO

Los productos de IdealCare brindan beneficios a los miembros elegibles que viven en el área de servicio de Travis. El área de servicio de Travis incluye los condados de Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis y Williamson. IdealCare tiene proveedores dentro de la red e instalaciones dentro del área de servicio de Travis para brindarle el tratamiento de atención médica que necesita. También puede encontrar nuestro mapa de área de servicio en <https://www.senderohealth.com/idealcareeng/providers.html> junto con información más útil. Si se muda fuera del área de servicio, ya no será elegible para la cobertura de salud con IdealCare.



PROGRAMACIÓN DE CITAS

Al programar una cita con un proveedor de cuidados de la salud, sea específico sobre sus necesidades médicas. Esta información permitirá que el personal del proveedor programe sus necesidades y el tiempo del proveedor debidamente. Usted debe notificar a la oficina del proveedor lo más pronto posible en caso que usted no puede asistir a una cita. Los proveedores pueden cobrarle un cargo por cancelación si la cancelación no se hace dentro de las 24 horas de la hora de la cita; esta tarifa será su responsabilidad. Pregunte a su proveedor si él / ella tiene una política de cancelación para asegurarse de que no se le cobran cargos adicionales debido a no cancelar su cita a tiempo.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) es cuando se le permite a un plan determinar qué plan de seguro tiene la responsabilidad de pago principal y hasta qué punto los otros planes contribuirán cuando un individuo esté cubierto por más de un plan.

Como participante del Mercado de Seguros, usted necesita notificar al Exchange (Intercambio) si usted tiene o adquiere acceso a alguna otra cobertura, como ser un plan ofrecido por un empleador. Puede ponerse en contacto con el Intercambio al 1-800-318-2596. Si usted está inscrito en un plan fuera del Intercambio con IdealCare, debe notificar al Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 si acaso obtiene o tiene acceso a otra cobertura, como un plan ofrecido por un empleador.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre la coordinación de beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

La mayoría de los proveedores presentarán las reclamaciones por usted. Una reclamación es una factura detallada que su proveedor de atención médica (como su médico, clínica u hospital) envía al asegurador de salud. Esta factura muestra exactamente qué servicios recibió. Si su proveedor no presenta una factura por los servicios que recibió, usted debe de enviar un reclamo usando la forma en nuestra página web en <http://senderohealth.com/idealcareeng/resources.html>. Usted es responsable por enviar el reclamo dentro de los 95 días a partir del día en que recibió dichos servicios. Para ayudar a su proveedor a que envíe el reclamo a tiempo a Sendero, proporcione su información de seguro tan pronto como sea posible y responda a toda la correspondencia enviada por el proveedor. Es posible que sea responsable de los cargos facturados si su reclamo no se envía a Sendero dentro de los 95 días a partir de la fecha del servicio. IdealCare revisará el reclamo y si los servicios recibidos fueron proporcionados por un proveedor y o instalación dentro de la red nosotros vamos a pagar la reclamación basada en nuestra tarifa contratada con el proveedor o instalación. Si recibe servicios de emergencia de un médico o proveedor fuera de la red, IdealCare pagará al proveedor a una tarifa usual y habitual o acordada. Si recibe servicios de emergencia en un centro fuera de la red Sendero reembolsará al médico o proveedor con la tarifa usual y habitual o acordada. Sendero trabajará para mantenerlo inofensivo por cualquier monto más allá del copago, coseguro u otros montos de desembolso que hubiera pagado si la red de Sendero hubiera incluido médicos o proveedores de la red de los cuales podría obtener servicios de emergencia en un centro de la red.

Sendero trabajará para mantenerlo inofensivo por cualquier monto más allá del copago, coseguro u otros montos de desembolso que hubiera pagado si la red de Sendero hubiera incluido médicos o proveedores de la red de los cuales pudiera obtener servicios de emergencia en una instalación fuera de la red

Se lo considerará inofensivo por cualquier monto más allá del copago, coseguro u otros montos de bolsillo en circunstancias en las que la atención que no sea de emergencia no esté disponible a través de un médico o proveedor de la red o a pedido de un médico o proveedor de la red, la autorización previa es requerido y debe ser aprobado. De lo contrario, los servicios que no sean de emergencia recibidos de un proveedor o centro fuera de la red no estarán cubiertos.

Envíe su reclamación a:

IdealCare by Sendero Health Plans
Attn: Claims
P.O. Box 16493
Austin, TX 78761

Si usted elige recibir tratamiento médico que no sea de emergencia de parte de un proveedor que está fuera de la red o en un centro fuera de la red y recibe tratamiento que no sea de emergencia, centro de atención de urgencias o cualquier otra instalación sin autorización previa de IdealCare, usted será responsable de la(s) cuenta(s).

Si recibe **Servicios de Emergencia** en una **Instalación Dentro de la Red** y recibe una factura de saldo de un médico de la instalación que no pertenece a la red u otro profesional de atención médica para **Servicios de Emergencia**, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-800-4693. No se le debe facturar por los **Servicios de Emergencia** recibidos en una **instalación Dentro de la Red**. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la factura para fines de investigación. Para ayudar al proveedor a presentar un reclamo a IdealCare, proporcione su información de su seguro lo antes posible y responda a cualquier correspondencia que le envíe el proveedor. Es posible que sea responsable de los cargos facturados si su reclamo no se envía a Sendero dentro de los 95 días a partir de la fecha del servicio

Si recibe una factura de análisis de laboratorio u otro servicio que debería haber sido enviada a IdealCare, póngase en contacto con el Servicio al Cliente donde podrán ayudarlo. El Servicio al Cliente también podrá ayudarlo si ha pagado por servicios que usted cree que le deberían reembolsar.

NECESIDAD MÉDICA

Su proveedor tomará las decisiones sobre su atención basado en la “necesidad médica” tanto para servicios médicos como de salud conductual. Médicamente necesario significa los servicios de atención médica o artículos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, una enfermedad o sus síntomas. Necesidad médica es:

- Aquello razonable y necesario para prevenir enfermedades o afecciones médicas o proporcionar detección temprana, intervenciones y/o tratamiento para afecciones que provoquen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o limitación de funciones, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, causen enfermedad o dolencia a un miembro o pongan en peligro la vida;
- Suministrado en las instalaciones apropiadas y al nivel de atención apropiado para el tratamiento de una afección médica del miembro.
- Acorde a las normas y estándares para la práctica de atención médica emitidas por organizaciones para atención médica profesionalmente reconocidas o agencias gubernamentales;
- Coherente con el diagnóstico de las afecciones; y
- No más intrusivo ni restrictivo de lo que sea necesario para brindar un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia;
- Suministrado en el ambiente menos restrictivo y adecuado en el cual los servicios puedan proporcionarse de manera segura;
- Proporcionado al nivel más adecuado o provisión de servicios que puedan proporcionarse de manera segura; y
- Atención o servicios que no se pueden omitir sin afectar de manera adversa la salud mental y/o física del miembro o la calidad de la atención requerida.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica. Las directivas anticipadas pueden protegerlo(a) si en algún momento usted queda mental o físicamente incapacitado para elegir o comunicarse sobre su atención debido a una lesión o enfermedad.

ESTÁNDARES DE TOMA DE DECISIÓN DEL MANEJO DE LA ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN (UM)

Las decisiones de UM tomadas por los empleados, delegados y contratistas de IdealCare deberán basarse solamente en la idoneidad de atención y servicio, y la existencia de cobertura. IdealCare no premia en especial a los proveedores o individuos que denieguen la cobertura. Los incentivos económicos para quienes toman decisiones de UM no alientan las decisiones que tengan como resultado la reducción en la utilización.

NEGACIONES O LIMITACIONES A LA SOLICITUD DEL MÉDICO PARA SERVICIOS CUBIERTOS

IdealCare pudiera negar los servicios de atención médica que no están cubiertos por su plan de beneficios. Si IdealCare niega los servicios de atención médica, se le enviará una carta con la explicación de la denegación, incluyendo instrucciones sobre cómo presentar una apelación, si corresponde.

Si usted no está conforme con la decisión, puede presentar una apelación por teléfono o por correo. También puede solicitar una apelación si IdealCare rechaza el pago de servicios en su totalidad o en parte por los beneficios cubiertos de un proveedor dentro de la red, dentro de la red de su plan de beneficios de salud. Puede enviarnos por correo su formulario de apelación completo o llámenos gratis al 1-844-800-4693. También puede descargar un formulario de apelación al: <http://senderohealth.com/idealcareeng/resources.html> Si usted apela por teléfono, usted o su representante deberán enviarnos una apelación por escrito y firmada. No necesita hacer esto si se solicita una Apelación Acelerada.

Envíe su apelación a:

IdealCare by Sendero Health Plans Attn: Appeals
2028 E. Ben White, Blvd
Suite 400
Austin, TX 78741

Se le enviará una carta a usted dentro de cinco días laborables, para avisarle que recibimos su apelación. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días calendario. Si IdealCare necesita más información para procesar su apelación, nosotros le notificaremos de lo que se necesita en la carta de acuse de recibo de la apelación. Para asuntos en los que exista un riesgo de muerte o para hospitalizaciones, puede solicitar una Apelación Acelerada.

SERVICIO AL CLIENTE

El departamento de Servicio al Cliente de IdealCare cuenta con representantes especialmente capacitados que están disponibles para ayudarlo con preguntas relacionadas con sus beneficios.

Ellos pueden:

- Ayudarlo en la elección de un PCP.
- Explicarle los servicios y los beneficios cubiertos.
- Ayudarlo con cualquier obstáculo potencial al acceso de atención médica
- Enviarle una nueva tarjeta de identificación (ID), EOC o cualquier otro material de miembro perdido.

Nuestros representantes de Servicio al Cliente están disponibles de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm llame sin costo al 1-844-800-4693. Si usted es una persona con problemas auditivos, llame a la línea de TTY sin cargo al 7-1-1 para asistencia.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Si necesita hablar con un Representante de Servicio al Cliente con respecto a sus beneficios, acceso a la atención, o tiene cualquier otra pregunta o preocupación, por favor llámenos. Tenemos representantes bilingües que pueden ayudarlo en inglés y español. Si habla un idioma distinto del inglés o español, podemos proporcionar un intérprete por teléfono para ayudar con la traducción. No se cobra por este servicio.

Si necesita asistencia de interpretación cara a cara para una cita médica, llámenos gratis al 1-844-800-4693. Como mínimo, necesitaremos un aviso de 48 horas antes de la cita para programar un intérprete cara a cara para su cita

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Cada suscriptor del plan IdealCare recibirá una tarjeta de identificación (tarjeta ID), que deberá ser presentada cada vez que visite a un proveedor o que reciba servicios. La tarjeta de identificación incluye el nombre de miembro, la identificación de miembro, la fecha de vigencia, los montos de copago y coseguro y su PCP elegido. Los números de teléfono importantes también aparecen en su tarjeta de identificación. Si usted extravía su tarjeta de identificación, llame a Servicio al Cliente gratis al 1-844-800-4693, para obtener una tarjeta de reemplazo cuanto antes. IdealCare no le permite a ninguna otra persona que no sea usted o el

miembro que aparece en la tarjeta de identificación, recibir los beneficios de IdealCare. Mantenga su tarjeta de identificación con usted. IdealCare puede terminar su cobertura por uso fraudulento o falsedad intencional.

IdealCare

SENDERO
HEALTH PLANS

TDI/QHP

Member Name:
Member ID#: TDI/QHP
Effective Date:

Plan Name:

Co-payment Amounts: OV: ER: IP: SP:
RX Brand: RX Generic:
RX Non-Preferred: RX Specialty:
**After Deductible has been met (if applicable)*

PCP: (Name of Provider)
PCP Phone #:
Customer Service Phone Number:
1-844-800-4693

IMPORTANT INFORMATION/INFORMACIÓN IMPORTANTE

| | |
|--|-----------------------|
| CUSTOMER SERVICE/ SERVICIO AL CLIENTE | 1-844-800-4693 |
| TTY/ LÍNEA DE AYUDA TTY | 7-1-1 |
| BEHAVIORAL HEALTH/ SALUD DEL COMPORTAMIENTO | 1-855-765-9696 |
| NURSE LINE/LÍNEA DE ENFERMEROS | 1-855-880-7019 |
| VISION SERVICES/ SERVICIOS PARA LA VISTA | 1-855-279-9680 |
| PHARMACY/ FARMACIA | 1-866-333-2757 |

NOTICE TO PROVIDER: The member whose name appears on the face of this card is covered by Sendero Health Plans for IdealCare services. For provider billing questions call 1-844-800-4693. For UM questions call 1-855-297-9191. The UM fax number is 512-901-9724.

In case of emergency call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours. | En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame a su PCP dentro de las 24 horas.

Submit Professional Claims to: IdealCare, P.O.Box 16493, Austin, TX 78761 REV 10/18

CONFIDENCIALIDAD

Nos comprometemos a que su información médica personal esté segura y permanezca confidencial. Hacemos que nuestros proveedores se comprometen de igual manera. Excepto que sea requerida para administrar sus necesidades individuales de atención médica, y para cumplir con los requisitos estatales y federales, su información personal no será divulgada sin su consentimiento por escrito.

Si desea que alguien que no sea usted mismo acceda a su cuenta, o si es el Jefe de Hogar (HOH iniciales en inglés) o el tutor legal de un menor cubierto por IdealCare, debe presentar un Formulario de Información de salud protegida (PHI iniciales en inglés) para obtener información de la cuenta. El formulario PHI se puede descargar desde el sitio web de IdealCare. También puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-844-800-4693 para solicitar que le envíen un formulario a la dirección que aparece en la cuenta de Miembro.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

Si está inscrito en un plan a través del Intercambio Federalmente Facilitado (Intercambio), es su responsabilidad notificar al Intercambio dentro de los 30 días, o lo más pronto posible siguiente a un evento que califica tal como: un cambio de estado civil, la adición de dependientes, un cambio de cobertura por mandato judicial, o de otros cambios que puedan afectar su elegibilidad. El Intercambio es responsable por todas las decisiones de elegibilidad. También necesitará contactar directamente al Intercambio para cancelar su cobertura. Por favor notifique al Intercambio y a IdealCare sobre cambios en su domicilio o información de contacto tan pronto como sea posible.

Si está inscrito en un plan fuera de Intercambio, directamente con IdealCare, es su responsabilidad notificar a IdealCare dentro de los 30 días, o tan pronto como sea posible, de un evento calificado, como un cambio en el estado civil, la adición de dependientes, cambio ordenado por la corte en la cobertura u otros cambios que puedan afectar la elegibilidad. IdealCare es responsable de todas las decisiones de elegibilidad. También necesitará contactar directamente con IdealCare para cancelar su cobertura. Por favor notifique a IdealCare sobre un cambio en su dirección o información de contacto tan pronto como sea posible.

PERIODO DE GRACIA

Período de gracia es un período de tiempo en el que una prima vencida se puede pagar después de la fecha de vencimiento y el miembro es capaz de mantener la cobertura en curso.

IdealCare proporciona un periodo de gracia por 90 días si un miembro está recibiendo un crédito discal para su prima (APTC, siglas en ingles) y tiene que pagar a lo menos un mes completo durante el año. Miembros que no reciben un APTC o están escritos en un plan fuera del mercado tienen un mes de periodo de gracia.

El 90-día del periodo de gracia del seguro médico empieza el primer mes cuando usted no paga, incluso si realiza los pagos para los meses siguientes. Por ejemplo:

- Usted no hace el pago de su prima para mayo.
- Envía los pagos de la prima a tiempo para junio y julio, pero aún no ha pagado en mayo.

- Su período de gracia termina el 31 de julio (90 días a partir del 1 de mayo).
- Si no ha pagado su prima de mayo al 31 de julio, perderá la cobertura retroactiva hasta el último día de mayo.

El período de gracia de un mes comienza el primer día del mes en el que no realiza un pago. Por ejemplo:

- No hace su pago de junio antes del 1 de junio.
- Ahora es considerado en el período de gracia.
- Su período de gracia termina el 30 de junio.
- Si no paga el monto total de su prima adeudada, a más tardar el 30 de junio, perderá su cobertura.
- Su último día de cobertura será el 31 de mayo.

Debido a la falta de pago de prima, durante un período de gracia puede resultar en la terminación de su cobertura.

REEMBOLSO DE PRIMA

Miembros pueden llamar para solicitar un reembolso de las primas pagadas en exceso. Los reembolsos pueden ser procesados por dos métodos, electrónicamente o por un cheque. El tipo de reembolso que se emite depende de la forma del pago recibido. Los pagos realizados con una tarjeta de débito/crédito en nuestro portal de miembro o sitio web, por teléfono con nuestro sistema de pago, pago automático, pueden ser revertidos a su tarjeta de débito o crédito. Los pagos realizados por cheque o giro postal a nuestra caja de seguridad o pago automático con una cuenta de cheques o de ahorros se reembolsan a través de un cheque. Comuníquese con el departamento Servicio al Cliente al 1-844-800-4693 para solicitar su reembolso.

FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO

Si usted sospecha que una persona que recibe beneficios o un proveedor (por ejemplo, médico, dentista, consejero, etc.) ha cometido malgasto, abuso o fraude, usted tiene la responsabilidad y el derecho de informarlo.

DENUNCIAR FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO POR PARTE DEL PROVEEDOR/CLIENTE

Para reportar, Fraude, Desperdicio o Abuso, reúna la mayor cantidad de información posible. Debe reportar a los miembros o proveedores directamente a: Lighthouse Services, y debe incluir el nombre de Sendero en su informe utilizando:

- Línea directa confidencial al 833-290-0001
- Fax confidencial al 215-689-3885
- Correo electrónico confidencial a: reports@lighthouse-services.com
- Sitio web confidencial www.lighthouse-services.com/senderohealth
- Si tiene preguntas llame a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693; o
- Puede informar directamente a:

Sendero IdealCare
2028 East Ben White, Suite 400
Austin, TX 78741

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
- Nombre y direcciones de las instalaciones (hospital, asilo de ancianos, agencia de servicios médicos a domicilio, etc.);
- Tipo de proveedor (proveedor, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.);
- Nombres y números de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Fechas de los eventos; y
- Resumen de lo sucedido

Al denunciar a una persona que recibe los beneficios, proporcione lo siguiente:

- El nombre de la persona;
- Fecha de nacimiento de la persona o número de seguro social (si lo tiene);
- La ciudad donde vive la persona; y
- Detalles específicos acerca del malgasto, abuso y/o fraude.
- Fechas de los eventos.

PROTECCIÓN INTERNA DE INFORMACIÓN MEDICA PERSONAL

Las medidas que IdealCare ha tomado para salvaguardar la información médica de los miembros incluyen, pero no se limitan a:

- Difundir una Notificación de Prácticas de Privacidad para los miembros cubiertos y publicarla en el sitio Internet de IdealCare en www.senderohealth.com/IdealCare.
- Distribuir una Notificación de las Prácticas de Privacidad y otra información entre los médicos y las instalaciones acerca de las prácticas de privacidad de IdealCare.

- En la interacción diaria con los miembros y proveedores, los proveedores de IdealCare y los representantes de Servicio al Cliente informan a los miembros y a los proveedores sobre nuestros procedimientos para verificar la identidad y la autoridad de las personas que llaman para hablar sobre la información médica protegida.

EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

IdealCare evalúa sistemáticamente la inclusión de nuevas tecnologías y las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes como servicios cubiertos, de manera oportuna. Su beneficio de seguro le brinda cobertura solo para aquellas terapias que según la literatura médico-científica se ha demostrado que son seguras y efectivas. El proceso de evaluación de la tecnología de IdealCare garantiza que la cobertura estará disponible cuando haya evidencia de seguridad y efectividad. El equipo para la evaluación de la tecnología médica de IdealCare llevará a cabo una revisión de la tecnología actual, así como también revisiones de atención específicas, utilizará para esto información actualizada proveniente de fuentes que incluyen, pero no se limitan a: evidencia basada en la literatura médica, consultores certificados por el Colegio Médico, grupos de trabajo de médicos, sociedades profesionales y agencias gubernamentales. El comité de terapeutas y farmacéuticos de IdealCare revisan y evalúan los medicamentos que son nuevos para la comunidad médica.

SUBROGACIÓN

Si el plan paga o provee beneficios médicos para una enfermedad o lesión que fue causada por un acto u omisión de cualquiera de las partes o entidades, el plan será subrogado a todos los derechos de cobro de un Miembro de IdealCare, en la medida de los beneficios brindados o según el valor razonable de los servicios o beneficios brindados por el plan.

Además, habiendo aceptado los beneficios del plan, el Miembro de IdealCare acuerda asignar su reclamación contra la persona o entidad responsable por su enfermedad o lesión al plan según los beneficios brindados. El Miembro de IdealCare está de acuerdo en cooperar, de cualquier modo, con el plan o el contratista del plan en favor de la subrogación/reclamación de asignación; está de acuerdo en firmar cualquier autorización que el plan o su contratista solicite; y autoriza el uso de su historial médico y registro de facturación en favor de la subrogación/reclamación de asignación.

Por favor vea la EOC que se encuentra en:

<http://senderohealth.com/idealcareeng/benefits.html>

para obtener una descripción completa de sus derechos y obligaciones

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro de IdealCare, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades, como indica continuación.

Usted tiene derecho a:

- Recibir cobertura para sus beneficios médicos y el tratamiento que está disponible cuando usted lo necesita y se maneja de una manera que respete su privacidad y dignidad.
- Recibir información sobre los beneficios de su plan de salud, médicos y proveedores, derechos y responsabilidades del miembro, incluyendo información sobre servicios cubiertos y no cubiertos y los costos que usted será responsable por pagar.
- Tener una conversación y participar con su proveedor de salud médica sobre su decisión de su salud y que su proveedor de salud médica le dé información sobre su condición médica y sus opciones de tratamiento, independientemente de la cobertura o el costo. Usted tiene el derecho de recibir esta información en términos y lenguaje que usted entienda.
- Aprender acerca de los cuidados que reciba. Usted debe ser notificada sobre quien está disponible para ayudarle con cualquier programa especial de IdealCare o servicios que usted recibe y quien le puede ayudar para que usted pueda cambiar de programas o servicios.
- Expresar quejas y apelaciones sobre IdealCare o cualquier proveedor médico. Nuestro proceso está diseñado para escuchar y actuar sobre su queja o preocupación sobre IdealCare y/o la calidad de servicio que usted recibe de proveedores médicos y los diversos lugares dentro de nuestra red donde usted reciba servicios; proveer una amable y rápida respuesta y guiarlo través de nuestro proceso si no está de acuerdo con nuestra decisión.
- Hacer sugerencias con respecto nuestras pólizas que le afecta a sus derechos y responsabilidad. Si usted tiene alguna sugerencia o preocupación por favor de llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Revisar y comprender la información que recibe sobre su plan de seguro médico. Por favor de llamar a Servicio al Cliente cuando tenga una pregunta o una duda.
- Entender cómo obtener servicios y que suministros están cubiertos por su plan.

- Enseñar su tarjeta de identificación antes de recibir servicios médicos.
- Entender su condición médica y trabajar en conjunto con su doctor para desarrollar metas de tratamiento que estén de acuerdo tanto usted como su doctor.
- Seguir los planes e instrucciones para su cuidado de salud al cual usted y su doctor han acordado.
- Proporcionar información a IdealCare y a su doctor con el fin de darle servicios médicos.
- Pagar todos sus copagos, deducibles, y coseguro por los cuales usted es responsable de pagar cuando reciba los servicios médicos o cuando se deban.
- Acudir a sus citas médicas y notificar a la oficina de su doctor con tiempo si usted va a llegar tarde o no va a poder asistir a su cita.
- Expresar sus opiniones, dudas o quejas a Servicio al Cliente de IdealCare o/a su doctor.
- Notificar al seguro médico o su doctor lo más pronto posible sobre cualquier cambio como si su familia gana un miembro de la familia, dirección, número telefónico o si usted decide dar de baja algún programa o servicio con IdealCare.

ACCESIBILIDAD SIN DISCRIMINACIÓN

IdealCare by Sendero Health Plans, Inc. (IdealCare) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. IdealCare no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

IdealCare:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con IdealCare.

Si cree que IdealCare no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

IdealCare by Sendero Health Plans,
Attn: Member Advocate
2028 E. Ben White Blvd., Suite 400
Austin, TX 78741
Teléfono: 1-844-800-4693
TTY: 711
Fax: 512-901-9724

Complaints.Sendero@senderohealth.com.

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el servicio de atención al cliente de IdealCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Formulario de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.