

IdealCare de Sendero Health Plans

Evidencia de cobertura

Planes de beneficios de salud a opción del consumidor

[Gold, Silver, Silver Direct, HSA, Bronze, Bronze High Deductible, SelectCare]

EL PRESENTE DOCUMENTO NO ES UN PÓLIZA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL. AL ADQUIRIR ESTA PÓLIZA, EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUScriptor DEL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL, POR LO TANTO, SI EL EMPLEADOR NO ES SUScriptor, EL EMPLEADOR PIERDE LOS BENEFICIOS QUE DE LO CONTRARIO ACUMULARÍAN SEGÚN LO ESTABLECEN LAS LEYES DE INDEMNIZACIÓN LABORAL. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL EN LO QUE SE REFIERE A LOS NO SUScriptORES Y CON LAS NOTIFICACIONES QUE ESTÁ OBLIGADO A EMITIR Y ENVIAR.

LA PRESENTE EVIDENCIA DE COBERTURA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si usted cumple con los requisitos de Medicare, consulte la Guía de seguro de salud para personas con Medicare que le proporcionará la compañía.

Este plan de cuidados de salud de la organización para el mantenimiento de la salud de beneficios con opción del consumidor, en su totalidad o en parte, no brinda los beneficios de salud exigidos por el estado normalmente requeridos en la evidencia de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionar un plan de salud más asequible para usted aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle menos beneficios del plan de salud que aquellos normalmente incluidos en los beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Sírvase consultar con su agente de seguro para informarse de cuáles de los beneficios exigidos por estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

2028 East Ben White Blvd., Ste. 400
Austin, Texas 78741
Número de teléfono gratuito 1-844-800-4693
Sitio web: www.SenderoHealth.com

Notificación de derechos- Figura 28 TAC §11.1612(c):

- Un plan de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) no brinda beneficios para los servicios que usted recibe por parte de un médico o proveedor fuera de la red, con las excepciones que se especifican en la evidencia de cobertura y a continuación.
- Usted tiene derecho a una red adecuada de médicos y proveedores dentro de la red (denominados médicos y proveedores de la red).
- Si usted considera que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en: <https://www.tdi.texas.gov/consumer/health-complaints.html>
- Si la HMO aprueba una remisión para los servicios fuera de la red porque no se encuentran disponibles ni médicos ni proveedores de la red o si usted recibió atención médica de emergencia fuera de la red, la HMO deberá, en la mayoría de los casos, resolver la factura del médico o proveedor fuera de la red para que usted solo pague los copagos, los coseguros o los deducibles que correspondan a los montos dentro de la red.
- Usted podrá obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web: www.SenderoHealth.com; también podrá hacerlo telefónicamente al: 1-844-800-4693 para que lo ayuden a encontrar médicos y proveedores disponibles de la red. Si usted se basa en información del directorio que fuera materialmente imprecisa, podrá tener derecho a que le paguen una reclamación de un médico o proveedor fuera de la red como si fueran de un médico o proveedor de la red, si presenta ante la HMO una copia de la información del directorio que fuera imprecisa, que tenga la fecha de no más de 30 días antes de la fecha en que recibió el servicio.

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a complaint:

You may call Sendero Health Plan's toll-free telephone number for information or to make a complaint at:

1-844-800-4693

You may also write to Sendero Health Plans at:

IdealCare by Sendero Health Plans
2028 East Ben White Blvd., Ste. 400
Austin, Texas 78741-6931

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights or complaints at:

1-800-252-3439

You may write the Texas Department of Insurance at:

Texas Department of Insurance, Consumer
Protection, MC 111-1A
P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104
Fax: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico:
CounsumerProtection@tdi.texas.gov

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES: Should you have a dispute concerning your premium or about a claim, you should contact the company first. If the dispute is not resolved, you may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY: This notice is for information only and does not become part or condition of the attached document

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para presentar una queja:

Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de Sendero Health Plans para obtener información o para presentar una queja:

1-844-800-4693

Usted también puede escribir a Sendero Health Plans:

IdealCare by Sendero Health.com
2028 East Ben White Blvd., Ste. 400
Austin, Texas 78741-6931

Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, coberturas, derechos, o quejas al:

1-800-252-3439

Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Texas a:

Texas Department of Insurance, Consumer
Protection, MC 111-1A
P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104
Fax: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico:
CounsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS POR PRIMAS O RECLAMACIONES: Si tuviese una disputa relacionada con su prima de seguro o con una reclamación, usted debe comunicarse primero con la compañía. Si la disputa no se resuelve, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: este aviso tiene un fin meramente informativo y no forma parte ni constituye una condición del documento adjunto.

EVIDENCIA DE COBERTURA

Sendero Health Plans, Inc.
(En adelante denominada "Sendero Health Plans" o "Sendero")

Certifica por el presente que ha emitido un Contrato individual (en adelante denominado el "Plan") de beneficios farmacéuticos y atención médica administrada del intercambio del Mercado de Seguro para miembros que reúnen los requisitos. Conforme a las disposiciones del Plan, todo miembro a quien se le emita una tarjeta de identificación de Sendero Health Plans, gozará de cobertura según el Plan, a partir de la fecha de entrada en vigencia indicada en la tarjeta de identificación, si es que se ha efectuado a tiempo el pago de la prima total. La emisión de esta Evidencia de Cobertura por parte de Sendero no exime las disposiciones de elegibilidad y la fecha de entrada en vigencia indicadas en el Plan.



Wesley Durkalski
Presidente y CEO de Sendero Health Plans, Inc.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SENDERO

Sendero Health Plans
2028 East Ben White Blvd., Ste. 400
Austin, Texas 78741
Número de teléfono gratuito: 1-844-800-4693

Recurso	Información de contacto	Horario accesible
Servicio al cliente	1-844-800-4693	De lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm
Sitio web	www.SenderoHealth.com	24 horas/ 7 días de la semana
Autorizaciones médicas previas	1-855-297-9191	De lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm
Línea telefónica para atención en caso de crisis por farmacodependencia/ Salud mental	1-855-765-9696	24 horas/ 7 días de la semana

La Lista de beneficios y cobertura que se incluye con esta Evidencia de cobertura indica los beneficios, copagos, montos, máximos y otras cuestiones relativas al pago y a los beneficios del Plan.

Sendero Health Plans brinda Cobertura de beneficios de farmacia y Atención médica administrada.

El presente contrato podrá devolverse dentro de los 10 días posteriores de haberlo recibido y se le reembolsará la prima que haya pagado si, luego de haber examinado dicho contrato usted, el titular del contrato, no está satisfecho con éste por cualquier motivo. Si usted devuelve el contrato a Sendero dentro de los 10 días se lo considerará inválido desde el inicio, no existirá relación alguna, como si el contrato nunca hubiese existido. Si durante los 10 días, la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) presta servicios o paga reclamaciones, usted será responsable de pagar a Sendero o al prestador del servicio el costo de dichos servicios o reclamaciones.

DOCUMENTO ADJUNTO DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA

DOCUMENTO ADJUNTO DEL AVISO IMPORTANTE

DOCUMENTO ADJUNTO DE LA LISTA DE BENEFICIOS Y COBERTURA

INTRODUCCIÓN

Bienvenido a IdealCare de Sendero Health Plans (Sendero), una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO). La Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA) y de Protección al Paciente, promulgada en marzo de 2010, creó la infraestructura necesaria para desarrollar el Mercado. Texas cuenta con una serie estandarizada de beneficios que cumplen con los requisitos de la ACA y también con varios beneficios obligatorios del estado de Texas. El FFE y el Departamento de Seguros de Texas certificaron a Sendero como Plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés), lo que permitió a Sendero ofrecer a la comunidad una amplia variedad de Planes IdealCare.

Los beneficios que se proporcionan tienen el objetivo de ayudarlo con muchos de los gastos médicos que se originan de los suministros y servicios Médicamente necesarios. En la presente Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)/Contrato encontrará diversas disposiciones que afectarán su cobertura médica.

Los términos 'usted' y 'su', tal como se los emplea en la Evidencia de cobertura, hacen referencia a los Miembros de IdealCare. Cuando se utilizan los pronombres masculinos 'él' y 'lo', se incluye al género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

ÁREA DE SERVICIO

Para recibir beneficios como se indica en su Contrato, usted deberá elegir proveedores dentro de la red para toda la atención (con excepción de la Atención de emergencia y el traslado de emergencia). Usted ha optado por inscribirse en el Plan de Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA]. Este plan cuenta con una red especial de Asociaciones de Práctica Independiente (IPA) y Grupos Médicos que incluyen solo un número limitado de proveedores del Plan. La red especial del Plan de Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA] es una subdivisión de toda la red de Sendero IdealCare. Los miembros inscritos en el Plan Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare or HSA] solo podrán elegir Médicos personales y Grupos médicos/IPA designados como proveedores en el directorio de la red especial que incluye a profesionales generales, profesionales para la familia, especialistas en medicina interna, obstetras/ginecólogos y pediatras. Usted puede tener acceso y verificar esta información en el sitio web de IdealCare: www.SenderoHealth.com, o comunicándose telefónicamente con Servicio para los miembros al número que se encuentra en la Tabla de recursos de la **página 6** o en el reverso de la tarjeta de identificación del Miembro. Tenga en cuenta que el estado del Proveedor de plan puede cambiar. Usted es responsable de verificar si el proveedor que usted eligió pertenece a un plan de Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA], en caso de que se hayan producido cambios desde el momento en que se publicó su directorio. Cada uno de los Miembros de su familia/dependientes cubiertos que sea elegible puede elegir un Médico personal diferente siempre y cuando haya sido designado por Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA] como proveedor del plan y se encuentre en el directorio.

Usted tendrá la obligación de pagar cualquier monto de deducible o copago (en base a la tasa o tarifa contractual del Proveedor). Salvo algunas excepciones, no deberían facturarle por el saldo. Es posible que deba pagar por servicios excluidos o limitados.

Sendero reembolsará en su totalidad a los proveedores no participantes a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada: cuando un médico de un centro que no pertenezca a la red brinde servicios al afiliado en un centro de la red, o en una circunstancia en la que no se ofrezca al afiliado la opción de un médico o proveedor de la red para servicios de emergencia que se lleven a cabo en un centro que no pertenezca a la red y en el caso de servicios que no sean de emergencia pero que hayan sido previamente autorizados y que no estén disponibles a través de un proveedor dentro de la red.

Si se factura a un afiliado (facturación de saldo) en estos casos, deberán ponerse en contacto con el plan. La responsabilidad del afiliado queda limitada a los copagos obligatorios y otros montos de gastos de bolsillo habituales como los deducibles y los coseguros.

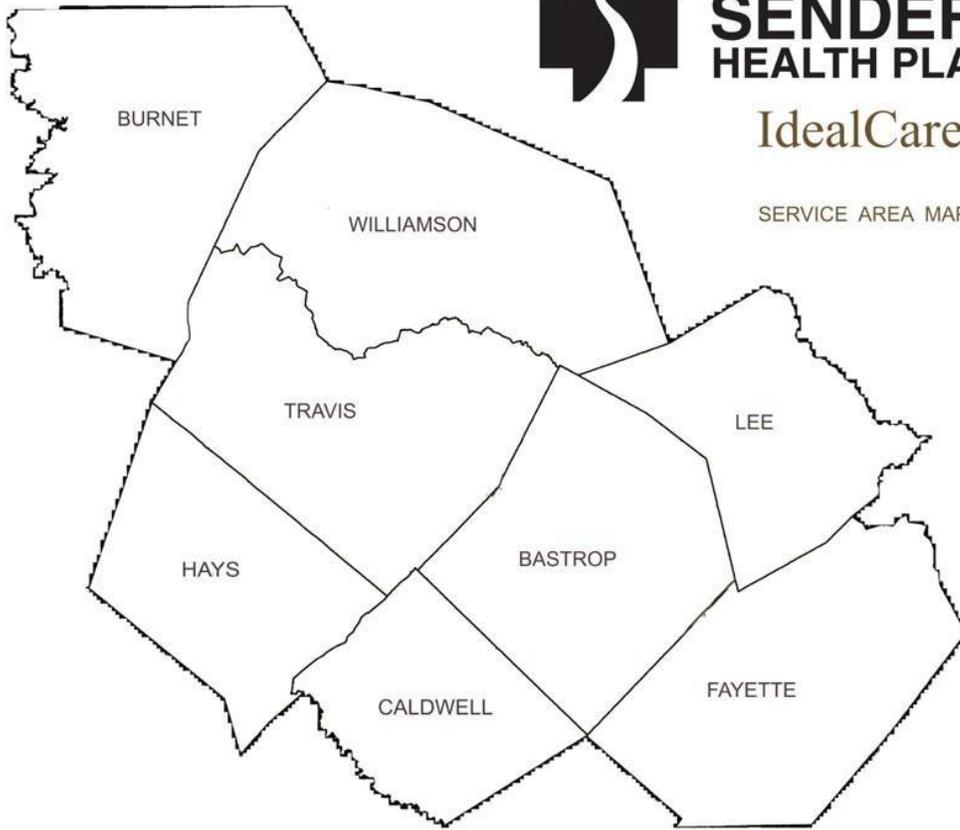
Si usted recibe Servicios de emergencia en un Centro dentro de la red y recibe una factura de un médico de un centro que no pertenece a la red u otro profesional de la salud por Servicios de emergencia, sírvase ponerse en contacto con Sendero al 1-844-800-4693. No le deberían facturar por el saldo por los Servicios de emergencia recibidos en un centro dentro de la red. Es posible que le soliciten que entregue una copia del estado de cuenta detallado con el objetivo de realizar una investigación.



**SENDERO
HEALTH PLANS**

IdealCare

SERVICE AREA MAP



Proveedores participantes

En la mayoría de los casos hay Proveedores participantes disponibles dentro de su Plan Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA] para proporcionarle servicios Médicamente necesarios. Los proveedores participantes han acordado aceptar descuentos o negociar las tarifas. Usted será responsable de pagar al Proveedor participante cualquier deducible o copago que corresponda por los servicios que reciba. Ofrecemos diferentes planes de atención médica administrada y es posible que un proveedor que participe de un plan no necesariamente sea un Proveedor participante para el presente Contrato.

Cuando reciba algún servicio debe asegurarse que su Proveedor participa como Médico participante o Proveedor participante para evitar que le facturen gastos de bolsillo adicionales.

Los Proveedores participantes no son ni agentes ni empleados de Sendero sino contratistas independientes. Sendero lleva a cabo un proceso de acreditación y certificación de todos los Proveedores que participan del Plan Sendero IdealCare [Gold, Silver, Bronze, Silver Direct, Bronze High Deductible, SelectCare o HSA]. Sin embargo, Sendero no será responsable en ningún caso por negligencia, actos ilícitos u omisiones en los que incurra cualquier persona que reciba o proporcione servicios, esto incluye a cualquier médico, hospital u otro proveedor o sus empleados.

Servicios excluidos que necesitan autorización previa

A menos que tengan autorización previa de Sendero o formen parte de la Atención de emergencia cubierta, los Beneficios fuera de la red se considerarán Servicios excluidos y por lo tanto no son Servicios cubiertos por Sendero. Usted es responsable del costo total de los Servicios excluidos. Los Servicios que cubre son Medicamente necesarios, adecuados y deben estar previamente autorizados por Sendero y/o estar incluidos en sus beneficios. Los Servicios excluidos no cuentan hacia el monto de su deducible, copago o máximos de gastos de bolsillo.

Si los servicios cubiertos, Médicamente necesarios no están disponibles por parte de un proveedor dentro de la red, su Proveedor de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) podrá solicitar una autorización previa para que lo atienda un Proveedor fuera de la red. Si usted obtiene una autorización previa para atenderse con un Proveedor fuera de la red, Sendero le reembolsará al Proveedor fuera de la red la tarifa usual y acostumbrada u otra tarifa acordada.

Cuando un Proveedor fuera de la red obtenga una Autorización previa, tal como se describió anteriormente, usted será responsable del Deducible y Copagos como si el Proveedor fuese un Proveedor dentro de la red.

Sendero envía por correo o transmite al Proveedor solicitante un aviso de Autorización previa, a más tardar, al tercer día hábil luego de la fecha en que lo recibe. Si la solicitud de autorización previa es para una hospitalización o atención en un centro para pacientes internados, Sendero transmitirá un aviso si los servicios tienen autorización previa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud por parte del médico o proveedor. Si la solicitud de autorización previa es para un tratamiento de post estabilización o un caso de vida o muerte, Sendero transmitirá un aviso si se trata de servicios con autorización previa tan pronto como sea posible en base a la adecuada prestación de servicios y el estado de salud del miembro, pero en no más de una hora después de haber recibido la solicitud. Dentro de los tres días hábiles, Sendero enviará una carta de seguimiento al miembro y al proveedor en el caso de una determinación adversa.

Selección de un Médico o Proveedor de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés)

Para garantizarse el acceso a los Servicios, cada Miembro deberá seleccionar un Proveedor de cuidados primarios (PCP). Deberá elegir un PCP para usted y para cada Dependiente cubierto que haya sido designado como dentro de la red de su Plan. Seleccionar un PCP es importante para su salud en general y le proporcionará un centro de atención médica. Le brindamos varias opciones de las que podrá elegir los servicios de PCP. Los siguientes tipos de Proveedores participantes podrán servir como PCP:

- Medicina general,
- Medicina familiar,
- Medicina interna,
- Pediatría,
- Médicos ginecólogos/obstetras que notifiquen a Sendero que desean prestar servicios como PCP para Miembros seleccionados,
- Otros Médicos especialistas que notifiquen a Sendero que desean prestar servicios como PCP para Miembros seleccionados con enfermedades crónicas, incapacitantes o potencialmente mortales,
- Centros de salud calificados federalmente (FQHCs, por sus siglas en inglés),
- Clínicas de salud rurales (RHCs, por sus siglas en inglés) y clínicas comunitarias similares o
- Enfermeros médicos avanzados (APNs, por sus siglas en inglés) y Asistentes médicos (PAs, por sus siglas en inglés) cuando se encuentren ejerciendo bajo la supervisión de un Médico designado como PCP.

IMPORTANTE PARA LAS MUJERES AFILIADAS. Tienen derecho a elegir y visitar a un obstetra-ginecólogo (OB-GYN) sin obtener una remisión del PCP que se encuentre en la red de su plan de beneficios de salud. No tiene obligación de elegir un OB-GYN. Puede elegir recibir los servicios OB-GYN de su PCP o puede elegir otro OB-GYN que no sea su PCP.

Si padece una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, podrá presentar una solicitud a nuestro Director médico para utilizar un Médico de atención especializada como su PCP. Podrá realizar dicha solicitud comunicándose al número telefónico de Servicios al miembro de Sendero que encontrará en la Tarjeta de Identificación de Miembro. Si se le denegó su solicitud, tendrá derecho a exigir una revisión de dicha denegación a través del proceso de resolución de quejas. Para obtener más información, recurra a las disposiciones de Apelaciones, Quejas y Derechos de Revisión Externa en el presente contrato.

Su PCP designado se encuentra mencionado en su tarjeta de identificación. Podrá cambiar su PCP en línea a través del Portal para miembro o si se comunica telefónicamente con Servicio para Miembros de Sendero/Departamento de Servicio al Cliente al: 1-844-800-4693. La fecha de entrada en vigencia del cambio de PCP será a partir de un día hábil de la fecha de la solicitud. Según las circunstancias, Sendero podrá hacer efectivo el cambio de PCP inmediatamente si usted o la oficina del proveedor lo solicitan. Mientras tanto, su PCP vigente continuará coordinando su atención. Usted deberá coordinar para que sus expedientes médicos y los de sus dependientes se transfieran al nuevo PCP.

Función del PCP

Su PCP será responsable de brindar atención médica primaria y ayudar a guiarlo e iniciar las remisiones para cualquier atención que reciba de otro proveedor de atención médica, esto incluye a los Médicos de atención especializada.

Cuando un PCP no se encuentra disponible

Cuando su PCP no se encuentre disponible, deberá recibir servicios de los Proveedores participantes de guardia o auxiliares que su PCP haya designado. Deberá asegurarse de que el médico de guardia de su PCP sea un Médico participante o un Proveedor participante para evitar gastos de bolsillo adicionales. Sírvase hablar de estos arreglos con auxiliares con su PCP para cuando éste no se encuentre en su consultorio.

Consulta con un especialista

Deberá hablar de todas sus necesidades médicas con su PCP. Dentro de la red Sendero encontrará una amplia variedad de Médicos de atención especializada. Algunos Médicos de atención especializada exigirán una remisión de su PCP. Si una Persona cubierta y su PCP determinan que existe la necesidad de consultar con un Médico de atención especializada, el PCP deberá remitirlo con un Proveedor participante de Sendero solamente. Asegúrese de confirmar con Sendero que el Proveedor con el que se lo remite está dentro de la red.

Exigimos autorización previa en el caso de ciertos servicios. Visite nuestro sitio web en www.SenderoHealth.com o comuníquese telefónicamente con el Servicio al cliente para obtener una lista de los servicios que requieran autorización previa.

Servicios de atención de emergencia

Si necesita atención de emergencia:

1. diríjase a la Sala de Emergencia del Hospital Participante de la red de su Plan, o
2. encuentre a la Sala de Emergencia del Hospital más cercana si su afección no le permite ir a un Hospital participante dentro de la red de su Plan.

Sendero pagará la atención de emergencia que usted reciba por parte de los médicos que no pertenezcan a la red, a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada. En caso de una emergencia, Sendero proporcionará cobertura para la siguiente atención de emergencia:

1. Se proporcionará a los afiliados cubiertos un examen médico de detección u otro tipo de evaluación que se exija según la ley estatal o federal necesario para determinar si existe un problema de salud de emergencia en un centro de emergencia hospitalaria o equivalente.
2. Se deberán proporcionar servicios de atención de emergencia necesarios a los afiliados cubiertos, incluidos el tratamiento y la estabilización de un problema de salud de emergencia; y
3. Se deberán proporcionar servicios que se originan en la sala de emergencias de un Hospital, un centro de atención de emergencias médicas independiente o un centro de emergencias equivalente luego del tratamiento o la estabilización de un problema de salud de emergencia a los afiliados cubiertos.

Sendero aprobará o denegará cobertura de atención posterior a la estabilización según lo solicite un proveedor o médico que lo atienda dentro de un plazo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y el estado de salud del paciente, en un plazo que no exceda una hora a partir del momento en el que Sendero reciba la solicitud.

Usted o alguien en su nombre deberá comunicarse con Sendero dentro de las 48 horas posteriores a la internación por Atención de emergencia en un Hospital no participante. Si su estado de salud no le permite comunicarse dentro de las 48 horas posteriores a su internación, sírvase comunicarse tan pronto como su

estado de salud se lo permita. Podremos transferirlo a un Hospital participante dentro de su Plan Sendero IdealCare [Gold, Complete, Essential, Silver Direct, Bronze High Deductible, y HSA] cuando se encuentre estabilizado. Deberá consultar a un Proveedor participante para recibir atención de seguimiento. Si le proporcionan servicios de emergencia en un Hospital no participante, pagaremos dichos servicios a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada.

Sendero reembolsará en su totalidad a los proveedores no participantes a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada cuando: un médico de un centro que no pertenezca a la red brinde servicios al afiliado en un centro dentro de la red, o en una circunstancia en la que no se ofrezca al afiliado la opción de un médico o proveedor de la red para servicios de emergencia que se lleven a cabo en un centro que no pertenezca a la red y en el caso de servicios que no sean de emergencia pero que hayan sido autorizados previamente y que no estén disponibles a través de un proveedor dentro de la red.

Si se factura a un afiliado (facturación de saldo) en estos casos, deberán ponerse en contacto con el plan. La responsabilidad del afiliado queda limitada a los copagos obligatorios y otros montos de gastos de bolsillo habituales como los deducibles y los coseguros.

Si usted recibe Servicios de Emergencia en un Centro dentro de la red y recibe una factura de un médico de un centro que no pertenezca a la red u otro profesional de la salud por Servicios de emergencia, sírvase ponerse en contacto con Sendero al 1-844-800-4693. No le deberían facturarle el saldo por los Servicios de Emergencia recibidos en un centro dentro de la red. Es posible que le soliciten que entregue una copia del estado de cuenta detallado con el objetivo de realizar una investigación.

Servicios de atención de urgencia

Los pasos a seguir para obtener servicios de atención de urgencia son los siguientes:

1. Póngase en contacto con su PCP, su auxiliar o médico de guardia.
2. Si el Médico de cuidados primarios no se encuentra disponible, usted podrá dirigirse a un Centro de atención de urgencias que sea un Proveedor participante. Podrá obtener los nombres de los Centros de atención de urgencias que son proveedores participantes en su Plan Sendero IdealCare [Gold, Complete, Essential, Silver Direct, Bronze High Deductible, y HSA] si se comunica con el Servicio al cliente de Sendero o ingresa al directorio de proveedores en www.SenderoHealth.com.
3. Los servicios de seguimiento de su consulta al Centro de atención de urgencia, deberá recibirlos de su PCP o Proveedor participante.
4. Deberá pagar cualquier copago que se le exija por Servicios de atención urgente.

Uso de Proveedores no participantes

Con excepción de las emergencias, usted deberá obtener la aprobación (una remisión) de Sendero para los servicios fuera de la red cuando no estén disponibles dentro de la red los servicios medicamente necesarios (cubiertos) porque no se encuentran disponibles médicos o proveedores de la red. Deberemos aprobar una remisión a un proveedor o médico que no es de la red dentro del plazo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y el estado de salud del paciente, en un plazo que no exceda los cinco (5) días a partir del momento en el que se haya recibido la documentación solicitada razonablemente.

Sendero reembolsará en su totalidad a los proveedores no participantes a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada:

1. cuando un médico con sede en un centro que no pertenezca a la red preste servicios a los afiliados en un centro de la red o en circunstancias en las que no se haya dado opción al afiliado de un proveedor o médico de la red,
2. en caso de servicios de emergencia llevados a cabo en un centro que no pertenezca a la red, y
3. los servicios que no sean de emergencia y que requieren previa autorización que no se encuentren disponibles por parte de un proveedor dentro la red.

Sendero reembolsará en su totalidad a los proveedores no participantes a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada cuando: un médico con sede en un centro que no pertenezca a la red brinde servicios al afiliado en un centro de la red, o en una circunstancia en la que no se ofrezca al afiliado la opción de un médico o proveedor de la red para servicios de emergencia que se lleven a cabo en un centro que no pertenezca a la red y en el caso de servicios que no sean de emergencia pero que hayan sido autorizados previamente y que no estén disponibles a través de un proveedor de la red.

Si se facturara a un afiliado (facturación de saldo) en estos casos, éste deberá ponerse en contacto con Servicio al cliente. La responsabilidad del afiliado queda limitada a los copagos obligatorios y otros montos de gastos de bolsillo habituales, como los deducibles y los coseguros.

Si usted recibe Servicios de emergencia en un Centro dentro de la red y recibe una factura de un médico con sede en un centro que no pertenece a la red u otro profesional de la salud por Servicios de emergencia, sírvase ponerse en contacto con Servicio al cliente al 1-844-800-4693. No le deberían facturar el saldo de los Servicios de Emergencia recibidos en un centro dentro de la red. Es posible que le soliciten que entregue una copia del estado de cuenta detallado con el objetivo de realizar una investigación. Antes de denegar una solicitud de remisión a un Proveedor no participante, haremos revisar la solicitud por un especialista que tenga la misma especialidad, o una especialidad similar, a la del Proveedor no participante a quién se haya solicitado la remisión.

No todos los Profesionales de la salud que brindan servicios en los Hospitales participantes son Proveedores participantes. Si a los servicios los brinda un Proveedor no participante incluido pero no limitado a patólogos, anestesiastas, radiólogos y médicos desala de emergencias (médicos con sede en el centro) en un Hospital participante, pagaremos dichos servicios a la tarifa usual y acostumbrada, o a la tarifa acordada.

Queda bajo su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de los Proveedores antes de recibir cualquier servicio que no sea de emergencia. Deberá verificar el estado de participación en la red de su Plan Sendero IdealCare [Gold, Complete, Essential, Silver Direct, Bronze High Deductible, y HSA], solamente en Sendero; ya sea comunicándose con Servicio al cliente o accediendo al sitio web www.SenderoHealth.com. No somos responsables de la exactitud o inexactitud de la representación de participación en la red de cualquier PCP, Médico especialista, Hospital u otro Proveedor que haya o no tenido un contrato con nosotros. En otras palabras, si el Médico de atención primaria, especialista u otro Proveedor dentro de la red recomienda que los servicios se reciban en otra entidad, es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de la entidad antes de recibir dichos servicios. Si usted no lo hiciera y la entidad no es Proveedor participante (sin importar lo que el proveedor le haya dicho) usted será responsable de todos los gastos en los que se incurra, a menos que hayamos autorizado los servicios previamente.

Administración de la utilización

Autorización previa

Se denomina autorización previa a la determinación por parte de Sendero de que los servicios que se haya propuesto brindar a una Persona cubierta son Medicamento necesarios y adecuados. La autorización previa NO garantiza la cobertura del servicio. Además, no se cubrirán los servicios si el procedimiento o Medicamento recetado solicitado por el Profesional de la salud ha sido sustancialmente tergiversado o no ha cumplido en brindar los servicios propuestos. Si Sendero autorizó previamente los servicios no podrá denegar o reducir el pago al médico o proveedor por dichos servicios basándose en adecuación de la atención o necesidad o médica, a menos que el médico o proveedor haya tergiversado sustancialmente o no haya cumplido con brindar los servicios de atención médica propuestos. En el caso de los medicamentos recetados, la autorización previa resulta una confirmación de la dosis, cantidad y duración adecuadas para la edad, diagnóstico y género de la Persona cubierta. En el caso de todos los otros servicios y procedimientos, resulta una confirmación de la necesidad médica y adecuación solamente. La Autorización previa no implica que los servicios médicos estarán cubiertos o que el paciente es una Persona cubierta.

Todos los beneficios a pagar según el presente contrato deberán resultar de los servicios que incluyen: los servicios de prevención o los medicamentos recetados que son Medicamento necesarios. Sendero exige la autorización previa para ciertos servicios y Medicamentos recetados. Visite nuestro sitio web www.SenderoHealth.com o comuníquese telefónicamente con Servicio al cliente para obtener una lista de los servicios que exigen autorización previa o el Formulario de Medicamentos recetados que indica cuándo es necesario obtener una autorización previa para los medicamentos recetados. La lista de servicios y Medicamentos recetados que exigen autorización previa está sujeta a cambios. Si se brindó cobertura en el pasado por los servicios o medicamentos recetados que no recibieron o necesitaron autorización previa, esto no garantiza la cobertura futura del mismo servicio o medicamento recetado.

Usted será responsable de informar a su médico o proveedor de los requisitos de autorización previa. Tanto el médico como el proveedor deberán ponerse en contacto con Sendero por teléfono, por un medio electrónico o por escrito para solicitar la autorización adecuada. El número de teléfono para comunicarse y solicitar autorización se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro y en el Formulario de autorización previa de Sendero que está disponible para que su Proveedor lo complete. Si el Médico o Proveedor solicita una autorización 60 días antes de que venza una autorización existente, Sendero revisará la solicitud y emitirá una determinación que indique si el servicio de atención médica tiene autorización previa. No existen beneficios a pagar por servicios o medicamentos recetados que no sean Servicios cubiertos.

No será necesario contar con una Autorización previa para la Atención de maternidad y el Tratamiento para el cáncer de seno dentro de la red, a menos que se solicite una Extensión de la estancia mínima.

Su Plan deberá cubrir un período de estancia mínima en el Hospital en los siguientes casos:

Atención de maternidad

1. 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones
2. 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones

Tratamiento de cáncer de seno

1. Más de 48 horas después de una mastectomía, exige autorización previa
2. Más de 24 horas después de una disección de un ganglio linfático, exige autorización previa

Los Proveedores deberán notificar a Sendero de:

1. Todos los ingresos médicos para internación en un hospital
2. Todos los ingresos en un centro de enfermería especializada
3. Todos los servicios de cuidados paliativos para internación
4. Todos los ingresos de pacientes internados para rehabilitación
5. Todos los ingresos en hospitales para atención aguda a largo plazo

Los proveedores deberán obtener autorización previa de Sendero en el caso de los siguientes servicios:

1. Todos los servicios fuera de la red o fuera del área que incluyan, entre otros, pacientes internados, ingresos hospitalarios de pacientes externos, cirugías, procedimientos, remisiones, evaluaciones, servicios especiales, recetas o tratamientos quedan excluidos de la cobertura a menos que se los autorice previamente.
2. Todos los ingresos médicos para internación en un hospital
3. Todos los ingresos en un centro de enfermería especializada
4. Todos los ingresos de pacientes internados para rehabilitación
5. Todos los ingresos hospitalarios para atención aguda a largo plazo
6. Todos los trasplantes de órganos y tejido
7. Todos los servicios para trasplantes
8. Todos los ingresos para cuidados paliativos
9. Todos las pruebas de diagnóstico genético
10. Medicamentos o procedimientos experimentales o de investigación
11. Tecnologías nuevas y emergentes que no hayan sido aprobadas por la FDA.
12. Equipos médicos/ortopédicos/de prótesis duraderos.
 - Equipos médicos duraderos (alquiler o compra) y suministros médicos que superen los \$500 por artículo
 - Terapia con presión negativa en la herida/Cierre asistido por vacío para heridas
 - Dispositivos ortopédicos o prótesis cuyo valor de compra supere los \$250 por artículo
 - Audífonos
 - Fórmulas elementales de aminoácidos o fórmulas para el tratamiento de enfermedades hereditarias o cualquier producto alimentario en lata
 - Cirugías/Procedimientos – Con internación o ambulatorios
 - Circuncisión en niños mayores de 1 año
 - Implantes cocleares
 - Tratamiento hiperbárico para el cuidado de heridas
 - Cirugía cosmética, reconstructiva o plástica
 - Servicios dentales por accidente
13. Anestesia dental, ortognática y otros procedimientos de cirugía oral relacionados con un accidente o traumatismo:
 - a. Protonterapias
 - b. Implantación de cartílago autólogo o injertos osteocondrales
14. Cirugías/Procedimientos – Con internación o ambulatorios

- a. Drogas inyectables cuyo precio al por mayor promedio supere los \$500 por dosis
- b. Synagis
- c. Estudios/análisis del sueño
- d. Tratamiento para la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
- e. Tratamiento para lesiones cerebrales adquiridas
- f. Biorretroalimentación
- g. Diagnóstico por imágenes del tracto GI mediante endoscopia por cápsula
- h. Procedimientos de manejo del dolor que incluyen, entre otros, externos o implantados
- i. Bombas de infusión o dispositivos de estimulación, inyecciones epidurales de esteroides
- j. Terapia de presión negativa en heridas, remisión a centros de atención de heridas, utilización de dispositivos de vacío para heridas y vendajes especiales para heridas
- k. Circuncisión en niños mayores de 1 año
- l. Implantes cocleares
- m. Tratamiento hiperbárico para el cuidado de heridas
- n. Cirugía cosmética, reconstructiva o plástica
- o. Servicios dentales por accidente
- p. Anestesia dental, ortognática y otros procedimientos de cirugía oral relacionados con un accidente o traumatismo
- q. Cirugía para la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
- r. Radiocirugía robótica (cuchillo cibernético, etc.)
- s. Protonterapias
- t. Dispositivos y bombas implantables que superen los \$500
- u. Tratamiento para venas varicosas
- v. Estimuladores del nervio vago
- w. Histerectomía
- x. Reconstrucción o revisión séptica nasal
- y. Cirugía de reemplazo articular
- z. Procedimientos en la columna vertebral (es decir disquetomía y descompresión)
- aa. Cirugía por apneas obstructivas del sueño
- bb. Sinuplastia con balón
- cc. Cirugía de hernia umbilical a menores de 5 años
- dd. Implantación de cartilago autólogo o injertos osteocondrales

15. Servicios de radiología

- a. Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y angiografías por resonancia magnética que no se realicen en un centro de internación o en el entorno de una sala de emergencias
- b. Tomografías por emisión de positrones/tomografías computarizadas de emisión monofotónica
- c. Procedimientos radiológicos que requieran internación para realizar una observación
- d. Más de cuatro servicios de ultrasonido obstétrico durante el embarazo, a menos que se lleven a cabo por un Especialista en medicina materno-fetal (MFM, por sus siglas en inglés)

- e. No se necesita autorización previa para un ultrasonido en un embarazo de alto riesgo, a menos que NO lo realice un Especialista en medicina materno-fetal (MFM, por sus siglas en inglés)

16. Atención médica domiciliaria

- a. Visitas de enfermería especializada (queda excluida la evaluación inicial)
- b. Fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional (queda excluida la evaluación inicial)
- c. Terapia de infusión
- d. Servicios privados de enfermería de guardia.

Servicios no urgentes de ambulancia terrestre, que incluyen traslado de centro a centro y todos los servicios de traslado aéreo.

Los beneficios dentro de la red estarán disponibles si usa los Proveedores dentro de la red. Salvo algunas excepciones, se considerarán Servicios excluidos a aquellos que le brinden Proveedores fuera de la red. Las excepciones incluirán el tratamiento de la Atención de emergencia y los servicios tengan Autorización previa. Tanto los Proveedores dentro de la red como los de fuera de la red deberán solicitar la Autorización previa de los servicios para atenderlo.

Los Proveedores deberán obtener Autorización previa de Sendero para los siguientes servicios de salud conductual:

- Cualquier tratamiento con internación de Farmacodependencia y Atención de salud mental
- Programas de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés): salud mental y trastorno por consumo de drogas
- Programa ambulatorio intensivo (IOP, por sus siglas en inglés)
- Traslado de Servicios médicos a Servicios psiquiátricos agudos con internación
- Exámenes psicológicos y neuropsicológicos
- Terapia electro convulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Deberá obtener autorización de Sendero para recibir anestesia para ECT

La Línea de atención telefónica para Autorizaciones previas de Salud mental/Farmacodependencia estará disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Beneficios cubiertos

Remítase a las secciones Exclusiones generales y Exclusiones de medicamentos recetados que se encuentran en el presente contrato. Todos los términos y condiciones del presente Contrato, incluidos los requisitos de Autorización previa especificados en el presente Contrato se aplican a los Servicios Cubiertos. La participación y las limitaciones en los costos dependen del tipo y el lugar del servicio.

Medicamentos recetados

Cualquier pago que se realice según esta disposición se aplica al máximo de gastos de bolsillo de la Persona cubierta. Los beneficios podrán estar sujetos a los Límites de surtido, Autorización previa o requisitos para Terapia escalonada si los hubiera.

Se proporcionará Terapia escalonada o el proceso de excepción a la Persona cubierta que se encuentre fácilmente disponible para el paciente y el proveedor. El protocolo de Terapia escalonada que incluye las denegaciones de solicitud de excepciones de terapia escalonada está sujeto a los derechos de apelación de determinación adversa como una Revisión Externa Federal e Independiente. Si Sendero no deniega una solicitud de excepción antes de las 72 horas después de recibirla, se considera que se ha otorgado la solicitud. Si una solicitud de excepción establece que el proveedor solicitante razonablemente cree que la denegación de la solicitud puede producir la muerte del miembro o un daño grave a éste, se considera otorgada la solicitud si Sendero no la deniega antes de las 24 horas posteriores a la recepción de dicha solicitud.

Sendero prohíbe la terapia escalonada para medicamentos recetados usados para el tratamiento del cáncer con metástasis avanzada en estadio cuatro. Esta prohibición solo se aplica a un medicamento aprobado por la FDA cuando su uso está en consonancia con las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer con metástasis avanzada en estadio cuatro u otro estado de salud relacionado y está respaldado por bibliografía basada en la evidencia y revisada por pares.

Si el cargo de la farmacia despachante es menor que el Copago del Medicamento recetado, la Persona cubierta será responsable del monto menor.

El monto que Sendero pague a la Farmacia despachante es posible que no refleje el costo final del medicamento para Sendero. Los Copagos de medicamentos recetados se realizan sobre la base de la receta o resurtido y no se ajustarán si recibimos algún descuento por volumen retrospectivo o reembolso de medicamento recetado.

El fraccionamiento de pastillas es un programa voluntario en el cual el PBM puede designar ciertos medicamentos del Formulario que tengan una dosis mayor para que el miembro los fraccione en el hogar. Bajo este programa, el miembro obtiene la mitad de la cantidad habitual para un suministro de 30 días, por ejemplo 15 pastillas para un suministro de 30 días. Los participantes que usen el fraccionamiento de pastillas pagarán la mitad del monto del Copago normal.

Nos deberán notificar de cualquier Participación en el costo que se aplique a la reclamación de una Persona cubierta que la Farmacia deje sin efecto. Cualquier monto que se deje sin efecto de este modo y que la Persona cubierta no pague, no se aplicará a ningún máximo de gasto de bolsillo para medicamentos recetados.

Los miembros que soliciten un medicamento de nivel superior cuando uno genérico equivalente se encuentre disponible y el médico no le haya recetado específicamente el medicamento solicitado, serán responsables por el monto de la participación en el costo del medicamento de nivel superior más cualquier diferencia en el costo. Dicha diferencia en el costo no aplica a ningún Máximo de gasto de bolsillo.

El Programa de farmacia de especialidades medicinales forma parte de sus beneficios de farmacia y es obligatorio luego de su primer surtido de venta minorista al público. Navitus SpecialtyRx trabaja con farmacias de especialidades medicinales para ofrecerle servicios del más alto estándar de atención. Si usted quisiera utilizar una farmacia de especialidades medicinales alternativa, verifique si sus medicamentos recetados cumplen con los requisitos de Rx Specialty. Sírvase ponerse en contacto con el Servicio al cliente de Navitus al 1-866-333-2757.

Con Navitus Specialty Rx la entrega de los medicamentos especiales es gratuita y se realiza directamente a su puerta o al consultorio del profesional a través de FedEx. En caso de emergencia o que necesite la medicación en el día, se encuentra disponible un servicio de mensajería local. Para comenzar a usar Navitus Specialty Rx, sírvase comunicarse al 1-800-218-1488 de la línea gratuita. Trataremos con quien le recete el medicamento en el caso de recetas especiales nuevas o vigentes.

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Medicamentos recetados para tratar una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal que:
 - a. hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para, por lo menos, una indicación; y
 - b. son reconocidos para el tratamiento de la afección para la que fue recetado por lo siguiente:
 - (1) un compendio de referencia de medicamentos recetados aprobado por el Departamento de Seguros, o
 - (2) bibliografía médica aceptada y revisada sustancialmente por colegas.
2. Las drogas, medicinas o medicamentos que según la ley federal o estatal deberán expedirse solo con receta elaborada por un profesional de la salud;
3. Las drogas, medicinas o medicamentos que se encuentran incluidos en el Formulario de medicamentos;
4. Los suministros para la diabetes y la insulina que se encuentran incluidos en el Formulario de medicamentos;
5. Las agujas hipodérmicas o jeringas cuando un profesional de la salud las recete para uso con insulina o medicamentos inyectables auto administrados que se encuentran incluidos en el Formulario de medicamentos. Las agujas hipodérmicas y las jeringas utilizadas conjuntamente con los medicamentos cubiertos pueden estar disponibles sin cargo para la Persona cubierta;
6. Las agujas hipodérmicas, jeringas u otros métodos de aplicación para la administración de medicamentos especiales, si se encuentran incluidos con el costo de dicho medicamento. Estarán disponibles sin cargo para la Persona cubierta;
7. Los medicamentos especiales y los medicamentos inyectables auto administrados que están incluidos en el Formulario de medicamentos aprobado por Sendero con un límite de suministro de 30 días, a menos que Sendero determine otra cosa;
8. Las drogas, medicinas y medicamentos solicitados según la Ley de protección al paciente y atención médica accesible con una receta emitida por un profesional de la salud.
9. Las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) u otras enfermedades metabólicas hereditarias que se encuentran incluidas en el Formulario de medicamentos o como lo determine el médico;
 - a. La cobertura por PKU u otra enfermedad hereditaria se le proporcionará del mismo modo que la cobertura que se proporciona para los medicamentos que se encuentran disponibles sólo según lo indique el médico.
10. Los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente que sean recetados y se utilicen para destruir o disminuir el crecimiento de células cancerosas.
11. Las fórmulas elementales a base de aminoácidos, sin importar el método de entrega cuando las recete un Profesional de la salud como Medicamento necesarias para el tratamiento de:
 - a. Alergias a varias proteínas de los alimentos mediadas o no mediadas por la inmunoglobulina E;
 - b. Síndrome de enterocolitis grave inducido por las proteínas de los alimentos;
 - c. Trastornos eosinofílicos manifestados en los resultados de una biopsia;

- d. Absorción de nutrientes deficiente causada por trastornos que afecten la superficie absorbente, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal
- e. Los espaciadores o medidores de flujo máximo para el tratamiento del asma.

Las drogas, medicinas o medicamentos más comúnmente recetados que cubre Sendero se encuentran especificados en el Formulario de medicamentos de Sendero. El Formulario de medicamentos identifica las categorías de drogas, medicinas o medicamentos por niveles. También indica los Límites de surtido, y toda Autorización previa o requisitos para Terapia escalonada aplicable. Un Comité de Farmacia y Terapéutica compuesto por Médicos y Farmacéuticos revisa dicha información de manera regular. Que figure en el Formulario de medicamentos no es garantía de que su profesional de la salud le vaya a recetar ese medicamento recetado, droga o medicación para una patología particular o de salud mental.

Puede obtener una copia del Formulario de medicamentos de Sendero si ingresa en www.SenderoHealth.com o se comunica telefónicamente con los Servicios para miembros de Navitus al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si una droga, medicina o medicamento específico no figura en la lista del Formulario de medicamentos, usted podrá ponerse en contacto con Sendero oralmente o por escrito con una solicitud para determinar si un medicamento específico se encuentra incluido en el Formulario de nuestros medicamentos. Responderemos a su solicitud dentro de las 72 horas de haber recibido dicha solicitud. Si no aprobamos la cobertura de un Medicamento recetado porque no se encuentra en el Formulario de medicamentos, usted tendrá derecho a apelar dicha decisión. *Por favor, recurra al proceso de Apelaciones, Quejas y Derechos de Revisión Externa en la sección Disposiciones generales.*

Sendero lo asistirá con la sincronización del resurtido de los medicamentos de mantenimiento y permite montos de costos compartidos prorrateados para el suministro parcial de ciertos medicamentos. Si tiene alguna consulta, sírvase ponerse en contacto con el departamento de Servicio al cliente de Sendero. En su carácter de Persona cubierta, sólo está obligado a realizar un pago que sea inferior a su copago, al monto de reclamación permitido o al monto que pagaría si compra los medicamentos recetados sin beneficios de salud o descuentos.

Sendero permite o revisará su solicitud o la del médico que emite la receta para acelerar una solicitud de excepción debido a circunstancias apremiantes. Dichas circunstancias se consideran urgentes, potencialmente mortales o pueden impedir la oportunidad de recuperar el funcionamiento total o cuando un miembro está recibiendo un tratamiento que requiere un medicamento que no está en el formulario. Sendero revisará estos casos en un plazo urgente y proporcionará una determinación en un plazo que no supere las 24 horas después de recibida la solicitud. Si Sendero otorga una excepción basándose en circunstancias apremiantes, proporcionaremos cobertura del medicamento que no esté en el formulario mientras dure el tratamiento o el plan de atención.

Sendero no puede imponer deducibles, copagos, coseguros u otras disposiciones de gastos compartidos aplicables a los beneficios para anticonceptivos recetados, servicios o dispositivos de anticoncepción ambulatorios, a menos que el monto de los gastos compartidos solicitado sea igual o menor que el monto del gastos compartidos solicitado que corresponda a los beneficios para otros dispositivos o medicamentos recetados bajo el plan.

La cobertura de los medicamentos recetados está sujeta a modificaciones. Según lo dispone la ley estatal, es obligatorio que le notifiquen a usted anticipadamente por escrito en el caso de las siguientes modificaciones que afecten la cobertura de los medicamentos recetados.

1. Eliminación de un medicamento del Formulario de medicamentos;
2. Cuando sea obligatorio que usted reciba autorización previa para un medicamento;
3. Una imposición o alteración en el límite de la cantidad;
4. Una restricción impuesta para la terapia escalonada
5. Elevar un medicamento a un nivel superior de gastos compartidos a menos que se encuentre disponible un medicamento genérico alternativo.

Sendero sólo realizará este tipo de modificaciones a la cobertura de los medicamentos recetados cuando se renueve el Contrato. Le proporcionaremos una notificación por escrito dentro de los 60 días previos a la fecha de entrada en vigencia de los cambios.

La Revisión de utilización proporcionará notificación de una determinación adversa, de una revisión simultánea de la provisión de medicamentos recetados o infusión intravenosa para la que el paciente está recibiendo beneficios de salud bajo la Evidencia de cobertura dentro de los 30 días antes de la fecha en la que se descontinúe la provisión de los medicamentos recetados o infusiones intravenosas.

Servicios de emergencia

Los Servicios cubiertos para Atención de emergencia en la sala de emergencias de un hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un Centro de emergencias equivalente. Les pagaremos a los proveedores y médicos no participantes a la tarifa usual y acostumbrada, o a la tarifa acordada cuando usted reciba atención médica de emergencia.

Si usted recibe Servicios de Emergencia en un Centro dentro de la red y recibe una factura de un médico con sede en un centro que no pertenece a la red u otro profesional de la salud por Servicios de emergencia, sírvase ponerse en contacto con Sendero al 1-844-800-4693. No le deberían cobrar (facturación de saldo) los Servicios de emergencia recibidos en un centro dentro de la red. Es posible que le soliciten que entregue una copia del estado de cuenta detallado con el objetivo de realizar una investigación.

Servicios de atención de maternidad y neonatales

Servicios prenatales, de parto y para los pacientes internados para Atención de maternidad y postnatal. Los Servicios cubiertos para un recién nacido dependiente cubierto incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Lesiones corporales o enfermedades;
2. Atención y tratamiento para prematuros; y
3. Anormalidades y defectos de nacimiento medicamente diagnosticados.

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

Se consideran beneficios cubiertos a la atención prenatal y post natal. Es posible que tenga un deducible y un copago por la primera visita prenatal. Las pruebas de laboratorio, el ultrasonido y el examen genético o cualquier otro servicio médico solicitado o proporcionado por su médico están sujetos a un copago, deducible o coseguro.

Los beneficios de parto para un parto vaginal incluyen las primeras 48 horas de internación para la madre y el recién nacido. En el caso de un parto por cesárea, están cubiertas las primeras 96 horas para la madre y el recién nacido. Todos los servicios de parto y para pacientes internados son beneficios cubiertos y están sujetos a un copago, deducible o coseguro.

Sendero brinda cobertura de atención posparto:

- a. Si se toma la decisión de dar de alta a una mujer que ha dado a luz a un recién nacido o al recién nacido antes de que hayan pasado el mínimo de horas de cobertura, Sendero deberá proporcionar a dicha mujer y al niño cobertura de atención posparto oportuna.
- b. El momento oportuno de la atención posparto se determinará de acuerdo con los estándares médicos reconocidos para dicha atención.
- c. Podrán brindar atención posparto un médico, un/a enfermero/a registrado/a u otro proveedor de salud con licencia.
- d. Sujeto a subsección

Se podrá proporcionar atención posparto en:

1. el hogar de la mujer;
2. el consultorio del proveedor de salud;
3. un centro de atención médica; u
4. otro lugar que se determine adecuado según lo establezcan las normas adoptadas por el comisionado.

Su plan brinda a la mujer la opción de recibir la atención en su hogar.

No se considera beneficios cubiertos a los servicios prestados a todos los pacientes internados y los servicios prenatales, postnatales y de parto fuera de la red sin aprobación previa para los servicios prestados fuera de la red.

Servicios de atención preventiva

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. La atención del niño sano desde el nacimiento, incluida la administración de una prueba de detección para el recién nacido y el costo de un kit de prueba en el monto exigido por el Código de Salud y Seguridad 33.019;

3. Servicios de radiología, laboratorio o endoscopia de rutina para detectar o prevenir enfermedades relacionadas con el examen de rutina o anual;
4. Mamografía de diagnóstico sin importar la edad;
 - a. Una Mamografía de diagnóstico implica la evaluación de nuevas anomalías o de los pacientes con anomalías pasadas y que necesitan un seguimiento. Utilizadas para diagnosticar alteraciones inusuales en los senos, como por ejemplo un bulto, dolor, secreción del pezón, cambio en el tamaño o forma de los senos o antecedentes de cáncer de seno.
5. 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 seno oculto;
6. 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 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.
7. 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;
8. Un examen de detección, médicamente reconocido, de cáncer colorrectal para una persona cubierta, a partir de los 50 años, y con un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Incluye:
 - a. Una prueba anual de sangre oculta en las heces;
 - b. Un examen Cologuard (prueba de ADN en heces) cada 3 años. Para cumplir con los requisitos para una prueba Cologuard debe cumplir con lo siguiente:
 - i. No haberse realizado una prueba Cologuard en los últimos 3 años
 - ii. No tener antecedentes de resultados positivos en otro método de examen de detección de cáncer colorrectal dentro de los últimos 6 meses
 - iii. No tener un diagnóstico de cáncer de colon o antecedentes de cáncer de colon
 - iv. No tener antecedentes de colonoscopías anormales
 - v. No haber tenido una prueba FIT positiva en los últimos 6 meses
 - c. Una sigmoidoscopia flexible cada cinco años; o
 - d. Una colonoscopia para una tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) (colonoscopia virtual) cada diez (10) años;
9. 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 menor de 76; y
 - c. Sea diabética; o
 - d. Corra riesgo de desarrollar una cardiopatía de acuerdo con un puntaje derivado del algoritmo de predicción coronaria del Estudio de Salud de Framingham que sea intermedio o superior.

10. Vacunación de rutina para adultos conforme el Calendario de vacunación 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 vacunas de rutina);
11. Vacunas contra la influenza y la neumonía;
12. Prueba de detección del abuso de alcohol y orientación;
13. 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.
14. Prueba de detección de diabetes tipo 2, para adultos con presión arterial alta;
15. Asesoramiento sobre la dieta para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica;
16. Exámenes de depresión para adultos;
17. Prueba de detección del VHI para todos los adultos con mayor riesgo;
18. Prueba de detección de obesidad y orientación para todos los adultos;
19. Orientación para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo;
20. Prueba de detección de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco;
21. Prueba de detección de sífilis para adultos con mayor riesgo;
22. Prueba de rutina de detección de anemia para mujeres embarazadas;
23. Prueba de detección de bacteriuria, infección del tracto urinario y otras infecciones para mujeres embarazadas;
24. Asesoramiento sobre el gen del cáncer de seno (BRCA) y las pruebas genéticas para mujeres con mayor riesgo;
25. Químico prevención de cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo;
26. Apoyo integral y asesoramiento sobre la lactancia de proveedores capacitados, así como también acceso a artículos para el amamantamiento para mujeres embarazadas y lactantes;
27. 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;
28. Prueba de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo;
29. Anticoncepción: métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización, y educación y orientación para pacientes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos. No incluye drogas abortivas;
30. Procedimientos de esterilización, y educación y asesoramiento para pacientes. No incluye drogas abortivas.
31. Detección de violencia doméstica e interpersonal y orientación para todas las mujeres;
32. Suplementos de ácido fólico para mujeres que podrían quedar embarazadas;

33. 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;
34. Prueba de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;
35. Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;
36. Prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH, por sus siglas en inglés) y orientación para mujeres sexualmente activas.
37. 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;
38. Prueba de detección de osteoporosis con medición de hueso para mujeres de 65 años o más para prevenir fracturas y para mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen alto riesgo de padecer osteoporosis según lo determina una herramienta de evaluación de riesgo clínico formal.
39. Prueba de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas, y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
40. Prueba de detección de consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y orientación cada vez más amplia para consumidoras de tabaco embarazadas;
41. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) para mujeres sexualmente activas;
42. Prueba de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo;
43. Visitas de la mujer sana para obtener servicios preventivos recomendados;
44. Evaluación del consumo de alcohol y drogas en adolescentes;
45. Prueba de detección de autismo en niños a los 18 y 24 meses;
46. Evaluaciones conductuales para niños de todas las edades;
47. Prueba de presión arterial para niños;
48. Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas a partir de los 18 años;
49. Prueba de detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos;
50. Exámenes de depresión para adolescentes;
51. Evaluación del desarrollo para niños menores de tres años y vigilancia durante la infancia;
52. Prueba de detección de dislipidemia en niños con mayor riesgo de sufrir trastornos lipídicos;
53. Suplementos de quimio prevención con flúor para niños cuyo suministro de agua carezca de flúor;
54. Medicamentos para la prevención de la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
55. Prueba de detección de discapacidad auditiva para un hijo dependiente desde el nacimiento hasta los 30 días de vida;
56. Mediciones de altura, peso y índice de masa corporal para niños;
57. Prueba de hematocrito y hemoglobina para niños;
58. Prueba de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos;
59. Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
60. 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;
61. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses que padezcan anemia;
62. Prueba de detección de plomo para niños con riesgo de exposición;
63. Historia clínica para todos los niños a lo largo de su desarrollo;
64. Prueba de detección de obesidad y orientación;
65. Evaluación de riesgos de salud bucal para niños pequeños;
66. Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU) (trastorno genético) en recién nacidos;

67. Asesoramiento preventivo y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo;
68. Pruebas de tuberculina para niños con mayor riesgo de padecer tuberculosis; y
69. 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.
70. 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;

Administración de los beneficios de su contrato

Pagaremos los beneficios cubiertos como se establece en la sección EOC/Contrato y de acuerdo con las secciones Exclusiones generales, Exclusiones de medicamentos recetados y cualquier enmienda que forme parte de su Contrato y que modifique sus beneficios.

Si usted recibe servicios que no están cubiertos, será responsable de realizar el pago total al médico o proveedor. Que un médico o proveedor le haya prestado un servicio médico o le haya recetado un medicamento, o el hecho de que ése sea el único tratamiento disponible para una lesión corporal o enfermedad, no significa que dicho servicio se encuentre cubierto bajo el presente contrato.

Usted está obligado a pagar cualquier Copago directamente al médico o proveedor. Una vez que haya alcanzado el Máximo de gastos de bolsillo, ya no será responsable de los Copagos para los Proveedores participantes. No existen Deducibles o Copagos para los Servicios preventivos.

Si usted tiene, según el presente Contrato, algún deducible deberá pagar el deducible en su totalidad antes de que nosotros realicemos cualquier pago. Usted está obligado a pagar cualquier deducible y copago directamente al médico o proveedor. Una vez que haya alcanzado el Máximo de gastos de bolsillo, ya no será responsable de los copagos para los proveedores participantes. No existen deducibles o copagos para los servicios preventivos.

Una Persona cubierta que se encuentre en Circunstancias especiales puede que cumpla con los requisitos para recibir servicios de continuación por parte de un proveedor con contrato terminado a través de Continuidad de la atención. Un proveedor con contrato terminado es un proveedor participante cuyo Contrato se encuentra terminado o no ha sido renovado.

Todos los términos y condiciones de este Contrato se aplican a los Servicios cubiertos proporcionados durante el período de atención continuada por parte del proveedor terminado.

No está disponible la continuidad de la atención en los siguientes casos:

1. Si se dio por terminado el contrato con un proveedor por razones de competencia médica o comportamiento profesional;
2. Después de los 90 días de la fecha de entrada en vigencia de la terminación del contrato con el proveedor; o

3. Después del vencimiento del período de nueve meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la terminación del contrato con el proveedor, si se diagnosticó a la Persona cubierta una enfermedad terminal al momento de la terminación.

Si una Persona cubierta que se encuentra en Circunstancias especiales pasó la semana 24 de embarazo al momento de la terminación del contrato con el proveedor, la continuidad de la atención se extiende hasta el parto y se aplica a la atención posparto inmediata y el control de seguimiento durante un plazo de seis (6) semanas después del parto.

En caso de que se desestime una reclamación por considerarse Experimental o de Investigación, usted tiene derecho a solicitar una Revisión Externa Federal e Independiente. *Para obtener más información, recurra a provisión de Apelaciones, Quejas y Derechos de Revisión Externa en la sección Disposiciones generales del presente contrato.*

BENEFICIOS

Remítase a las secciones Exclusiones generales y Exclusiones de medicamentos recetados que se encuentran en el presente contrato. Todos los términos y condiciones del presente Contrato, incluidos los requisitos de Autorización previa especificados en el presente Contrato se aplican a los Servicios Cubiertos. Las limitaciones y la participación en los costos dependen del tipo y el lugar del servicio.

Lesiones cerebrales adquiridas

Terapia y servicios de habilitación y rehabilitación que son medicamente necesarios para el tratamiento de las lesiones cerebrales adquiridas que incluyen la terapia de rehabilitación cognitiva, la terapia de comunicación cognitiva, la terapia y rehabilitación neurocognitiva, los exámenes y tratamientos neuroconductuales, neuropsicológicos, neurofisiológicos y psicofisiológicos, la terapia de retroalimentación neurológica, la remediación requerida para y relacionada con una lesión cerebral adquirida y los servicios de transición post-aguda y los servicios de reintegración a la comunidad, incluyendo los servicios de tratamiento diurnos de consulta externa, o cualquier otro servicio de tratamientos post-agudos están cubiertos, si dichos servicios son necesarios como resultado de y relacionados con una Lesión cerebral adquirida. Los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica del cuidado de un individuo que:

- a. Haya incurrido en una Lesión cerebral adquirida;
- b. No haya mostrado respuesta a un tratamiento; y
- c. Muestre respuesta a un tratamiento en una fecha posterior.

El tratamiento y los servicios de rehabilitación y habilitación para una Lesión cerebral adquirida pueden proporcionarse en un hospital, en un hospital de rehabilitación post-aguda, un centro de ayuda para la vida diaria, o cualquier otro centro en el cual se puedan proporcionar servicios o terapias apropiadas.

Los objetivos para el tratamiento o los servicios relacionados con el tratamiento de una lesión cerebral adquirida pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento, la prevención o la ralentización de un mayor deterioro.

En esta sección, el término terapia significa el tratamiento de recuperación programado que se brinda a través de la interacción directa con el individuo para mejorar una patología derivada de una lesión cerebral adquirida. Además, implica el trabajo de examen, tratamiento y proporción de terapias a un individuo con una Lesión cerebral adquirida.

Servicios dentales

Sendero limitará los Servicios cubiertos al servicio menos costoso que determinemos que producirá resultados profesionalmente adecuados. Las limitaciones y la participación en los costos dependen del tipo y lugar del servicio.

En vigencia a partir del 1 de septiembre de 2018, se exigirá la ayuda dental para un niño sujeto a manutención para niños además de la ayuda médica según el Código de familia y el Código de seguros de Texas.

La cobertura dental pediátrica se encuentra disponible para los miembros hasta los 19 años. La cobertura terminará el último día del mes en el que el miembro cumpla 19 años.

Servicios para diabetes

Los siguientes son servicios para una persona cubierta que padezca de diabetes:

1. Atención de rutina para los pies;
2. Educación y capacitación para el auto-manejo a pacientes ambulatorios que incluye terapia médico-nutricional indicada por un profesional de la salud para el tratamiento de:
 - a. diabetes insulino-dependiente
 - b. diabetes con uso de insulina;
 - c. diabetes gestacional;
 - d. diabetes en pacientes que no usan insulina; y
 - e. afecciones médicas asociadas con niveles de glucosa en sangre elevados.

El equipo y los suministros médicos para diabetes están cubiertos por equipos médicos duraderos y suministros médicos duraderos. Equipos y suministros nuevos y mejorados que incluyen insulina mejorada y otros medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos si un médico u otro profesional de la salud determina que el equipo o los suministros son médicamente necesarios y adecuados. Los Medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes están cubiertos bajo la provisión de Medicamentos recetados.

Equipos y suministros médicos duraderos

El equipo o los dispositivos específicamente diseñados y destinados para la atención y tratamiento de lesiones corporales o enfermedades siguientes:

- a. El equipo y los suministros para diabetes están cubiertos por suministros médicos y equipos médicos duraderos.
- b. Los medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes están cubiertos bajo la provisión de Medicamentos recetados.
- c. Los suministros médicos y equipos médicos duraderos

El equipo o los dispositivos específicamente diseñados y destinados para la atención y tratamiento de lesiones corporales o enfermedades siguientes:

1. Silla de ruedas sin motor;
2. Cama de hospital;
3. Ventilador
4. Equipo tipo hospitalario
5. Oxígeno y equipo de alquiler para su administración;
 - a. Dispositivos ortésicos y protésicos iniciales o suministros que incluyen, entre otros, las extremidades y los ojos. El beneficio se limita al modelo de dispositivo ortésico y protésico más adecuado que cumple adecuadamente con las necesidades médicas de la Persona cubierta según lo determina el médico que la trata, podólogo, protesista u ortesista. El reemplazo y la reparación de dispositivos ortésicos y protésicos es un Gasto cubierto a menos que la reparación y el reemplazo se produzca como resultado de un mal uso o extravío;
 - b. Los servicios relacionados con el ajuste y uso de los dispositivos protésicos y ortésicos.
 - c. Yesos, férulas (aparte de las dentales), aparatos ortopédicos y bragueros (aparte de las ortodoncias) y muletas;
 - d. Pelucas estándar después de un tratamiento para el cáncer (no más de una en el transcurso de la vida);

6. Los siguientes suministros especiales para un suministro de 30 días cuando los recete un Profesional de la salud:
 - a. Vendajes quirúrgicos;
 - b. Catéteres;
 - c. Bolsas, anillos y cinturones de colostomía,
 - d. Almohadillas Flotation;
 - e. Suministros y equipos para la diabetes; y
 - f. Otros equipos médicos duraderos.

Suministros y equipos médicos para la diabetes; y otros equipos médicos duraderos. Ingrese en www.SenderoHealth.com o comuníquese a la línea telefónica de Servicios al Miembro de Sendero que encontrará en la Tarjeta de Identificación de Miembro.

El costo de estos artículos estará limitado al menor costo de alquiler o del precio de compra. Si Sendero determina que el costo menor es la opción de compra, cualquier monto que se abone en concepto de alquiler por dicho equipo médico duradero se acreditará al precio de compra.

Si el equipo y el dispositivo incluyen artículos de confort o conveniencia o prestaciones que exceden lo que es Médicamente necesario, Sendero no pagará más de lo que resulte Médicamente necesario. Por ejemplo, el reembolso por una silla de rueda con motor se limitará al reembolso por una silla de ruedas estándar cuando una silla de ruedas estándar es lo que resulta Médicamente necesario. Si la Persona cubierta elige mejorar el equipo o dispositivo; se harán responsables de la diferencia de precio entre el costo del artículo estándar y el costo del artículo mejorado.

No se proporcionarán beneficios para o en concepto de:

- a. Reparación o mantenimiento de Equipos médicos duraderos, con excepción de los dispositivos ortésicos y prótesis; o
- b. Duplicado o alquiler similar de un Equipos médicos duraderos.

Audífonos (un par cada tres años)

El costo de estos artículos estará limitado al menor costo de alquiler o del precio de compra. Si Sendero determina que el costo menor es la opción de compra, cualquier monto que se pague en concepto de alquiler por dicho equipo médico duradero se acreditará al precio de compra.

Si el equipo y el dispositivo incluyen artículos de confort o conveniencia o prestaciones que exceden lo que es Médicamente necesario, Sendero no pagará más de lo que resulte Médicamente necesario. Por ejemplo, el reembolso por una silla de rueda con motor se limitará al reembolso por una silla de ruedas estándar cuando una silla de ruedas estándar es lo que resulta Médicamente necesario. Si la Persona cubierta elige mejorar el equipo o dispositivo; se harán responsables de la diferencia de precio entre el costo del artículo estándar y el costo del artículo mejorado.

Forman parte de los beneficios cubiertos: audífonos médicamente necesarios o implantes cocleares y suministros y servicios relacionados. La cobertura incluye servicios de ajuste y surtimiento, la provision de moldes auriculares necesarios para mantener el ajuste óptimo de los audífonos, el tratamiento para la habilitación y rehabilitación, para implantes cocleares, controlador y procesador del habla externo junto con el componente y el reemplazo necesarios cada tres años.

No se proporcionarán beneficios para o en concepto de:

- a. Reparación o mantenimiento de Equipos médicos duraderos, con excepción de los dispositivos ortésicos y prósticos; o
- b. Una copia o alquiler similar de Equipos médicos duraderos.

Servicios de atención médica en el centro de tratamiento

Alojamiento y comida y atención de enfermería general diario hasta la habitación semi-privada por cada día de internación hospitalaria, incluyendo, pero no limitado a:

- a. No menos de 48 horas después de una mastectomía y 24 horas después de una disección de un ganglio linfático para el tratamiento de cáncer de seno a menos que tanto usted como el médico que lo/a atiende determinen que un período menos es lo adecuado;
- b. No menos de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones;
- c. Internación hospitalaria en una unidad de atención para pacientes en estado crítico o una unidad de cuidados intensivos y servicios relacionados;
- d. Quirófano e instalaciones relacionadas;
- e. Servicios auxiliares;
- f. La administración de sangre y de productos derivados de la sangre incluidas extracciones de sangre y derivados;
 - 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.
- g. Otros cargos por Servicios de atención médica en el centro de tratamiento;
- h. Medicamentos, drogas y componentes biológicos que se proporcionen o administren a la Persona cubierta mientras se encuentre internada en el Hospital o Centro de enfermería especializada;
- i. Tratamiento programado regularmente como diálisis, quimioterapia, terapia de inhalación o radioterapia en un centro de tratamiento según lo indique el profesional de la salud de la persona cubierta;
- j. Servicios ambulatorios en un Hospital o Centro quirúrgico independiente;
- k. Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un Hospital para atención aguda;
- l. Exámenes de laboratorio y otros exámenes diagnóstico;
- m. Comidas y dietas especiales cuando sea Medicamente necesario;
- n. Enfermería especial de guardia cuando sea Medicamente necesario; y
- o. Servicios de rayos X.

Servicios de atención médica del Profesional de la salud

- Visitas de atención médica del profesional de la salud
- Exámenes radiológicos y de laboratorio de diagnóstico;
- Atención de seguimiento de diagnóstico relacionada con la incapacidad auditiva de un niño dependiente desde el nacimiento hasta los 24 meses de vida;
- Segunda opinión quirúrgica;
- Cirugía;
- Servicios de un asistente o asistente quirúrgico;

- Servicios de un Asistente médico (PA, por sus siglas en inglés), enfermera/o registrada/o (RN, por sus siglas en inglés) o un técnico de quirófano certificado cuando sea médicamente necesario. Asistentes médicos, enfermera/o registrada/o y técnicos de quirófano certificados;
- Anestesia administrada por un profesional de la salud o un anestesista registrado y certificado que asista en una cirugía;
- Servicios de un patólogo;
- Servicios de un radiólogo;
- Servicios relacionados con la administración de fórmulas elementales a base de aminoácidos que se brinde según las disposiciones Medicamentos recetados;
- Inyecciones, terapia, exámenes y suero para alergias. La evaluación y la terapia para el tratamiento de las alergias deberá estar aprobada por la Academia Estadounidense de Alergia e Inmunología o el Departamento de Servicios Humanos y de Salud.
- Otras inyecciones además de las de las alergias;
- Asesoramiento nutricional;
- Servicios médicos de telemedicina o servicios médicos de telesalud

Una visita al consultorio del profesional de la salud incluye solamente los siguientes servicios:

- Realizar una historia clínica;
- Realizar un examen;
- Hacer un diagnóstico o tomar una decisión o tratamiento relacionado

Los gastos cubiertos durante la visita al consultorio del profesional de la salud no incluyen los cargos en los que se incurra por Diagnóstico por imágenes avanzado, estudios de la función pulmonar, cateterización cardíaca, electrocardiograma (EKG) y electroencefalograma (EEG),

Atención médica domiciliaria

Los servicios que preste en el hogar de una persona cubierta una Agencia de atención médica domiciliaria. Los Servicios de atención médica domiciliaria están sujetos a los lineamientos de autorización. Los Servicios de atención médica domiciliaria se brindan como lo indica un médico o un proveedor.

La determinación de la cobertura podrá considerarse para o en concepto de:

- Costos por las millas o el tiempo consumido en viajar hacia y desde el hogar de la Persona cubierta;
- El salario o las diferencias de turno para cualquier representante de la Agencia de atención médica domiciliaria;
- Cargos por la supervisión de las agencias de atención médica domiciliaria;
- Cuidado asistencial; y
- La provisión o administración de Medicamentos inyectables auto administrados

Cuidados paliativos

Los Servicios cubiertos bajo un Programa de cuidados paliativos proporcionados en un Centro de cuidados paliativos o en el hogar de la Persona cubierta por la Agencia de cuidados paliativos. Un Profesional de la salud deberá certificar que la persona cubierta se encuentra en la etapa terminal o que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Dichos servicios deberán ser una alternativa a la Internación en un Hospital o Centro de enfermería especializada.

- Alojamiento y comida en un Centros de cuidados paliativos cuando este destinado al manejo de dolores agudos o la fase aguda de un síntoma crónico;
- Atención de enfermería de tiempo parcial proporcionada o supervisada por un/a enfermera/o hasta ocho horas diarias;
- Orientación para el paciente de cuidados paliativos y los miembros de su familia inmediata por parte de un trabajador social clínico matriculado o un asesor pastoral;
- Servicios sociales médicos para la persona cubierta que padezca una enfermedad terminal o sus familiares inmediatos incluye:
- Evaluación de las necesidades sociales, emocionales o médicas y la situación familiar y del hogar; e
- Identificación de los recursos comunitarios disponibles;
- Orientación psicológica y nutricional; y
- Medicamentos, drogas y suministros médicos recetados por un profesional de la salud para cuidados paliativos.

No se proporcionarán beneficios para o en concepto de:

1. Servicios privados de enfermería de guardia cuando se encuentre internado en un centros de cuidados paliativos;
2. Los servicios relacionados con una internación que no sea para el manejo del control del dolor agudo u otro tratamiento para el manejo de la fase aguda de un síntoma crónico;
3. Arreglos para el funeral;
4. Asesoramiento financiero o legal incluida la planificación de los bienes o la elaboración de un testamento;
5. Los servicios de un cuidador o empleado doméstico incluirán:
 - Servicios de acompañante o cuidador;
 - Limpieza del hogar;
 - Mantenimiento del hogar; y
6. Servicios de un trabajador social además del trabajador social clínico matriculado;
7. Servicios proporcionados por un consejero pastoral a un miembro de su congregación. Estos son servicios que se brindan en el curso de los deberes para los cuales se lo convoca como pastor o ministro;
8. Atención de relevo.

Solo en el caso de este beneficio, se considera miembro de la familia inmediata al padre/madre, esposo/a, hijos, hijastros o hijos adoptados de la Persona cubierta.

Salud mental

Los servicios cubiertos que brinda:

- Profesional de la salud
- Hospital; o
- Centro de tratamiento de salud

Servicios de Salud mental de pacientes internados cubiertos para:

1. Servicios para pacientes internados incluidos alojamiento y comida; y

2. Visitas de atención médica del Profesional de la salud

La atención de Salud mental ambulatoria para pacientes cubiertos y los servicios de oficina para Salud mental en los que se incurra por:

1. Exámenes de oficina o consultas incluidos los exámenes de laboratorio y de rayos X; y
2. Terapia.

Servicios adicionales cubiertos para Salud mental:

1. Un programa de hospitalización parcial;
2. Un Centro de tratamiento residencial

No se proporcionarán beneficios para o en concepto de un hogar para la reinserción social:

De acuerdo con la Ley de Paridad de salud mental, Sendero proporciona beneficios y cobertura para los trastornos por consumo de drogas y condiciones de salud mental bajo los mismos términos y condiciones aplicables a la cobertura y los beneficios quirúrgicos y médicos del plan. Sendero no impone limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a los beneficios para un problema de salud mental o trastorno por consumo de drogas que son generalmente más restrictivos que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a beneficios cubiertos para gastos médicos y quirúrgicos.

Servicios de atención de maternidad y neonatales

Servicios prenatales, de parto y para pacientes internados para Atención de maternidad y postnatal. Los Servicios cubiertos para un recién nacido dependiente cubierto incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- Lesiones corporales o enfermedades;
- Atención y tratamiento para prematuros; y
- Anormalidades y defectos de nacimiento medicamente diagnosticados.

Terapias ambulatorias

Servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación indicadas y llevadas a cabo por un Profesional de la salud para los siguientes servicios para:

- Pérdida de la función física documentada;
- Dolor;
- Defecto del desarrollo;
- Retraso en el desarrollo;
- Servicios de Terapia física;
- Servicios de Terapia ocupacional;
- Servicios de quiropraxia como manipulación de la columna vertebral y ajustes;
- Terapia del habla o servicios de patología del habla;
- Servicios de rehabilitación cognitiva;
- Servicios de Terapia auditiva;
- Servicios de Terapia de radiación;
- Quimioterapia;

- Análisis de conducta aplicada para Trastornos del espectro autista;
- Evaluación y valoración para Trastornos del espectro autista;
- Entrenamiento conductual y manejo de la conducta para Trastornos del espectro autista;
 - Sendero proporcionará cobertura a un Miembro por todos los servicios generalmente reconocidos recetados en relación con los trastornos de espectro autista por el PCP del miembro en el plan de tratamiento recomendado por el médico. Los individuos que proporcionan tratamientos recetados bajo esta subsección deben ser:
 - Un profesional de la salud;
 - Que tenga licencia, esté certificado o registrado ante una agencia adecuada de este estado;
 - Cuyas credenciales profesionales sean reconocidas y aceptadas por la agencia correspondiente de los Estados Unidos.
 - Un individuo que actúa bajo la supervisión de un profesional de la salud.
 - Para fines de esta sección, “los servicios generalmente reconocidos” pueden incluir servicios tales como:
 - Servicios de evaluación y valoración;
 - Análisis de conducta aplicada;
 - Entrenamiento conductual y manejo de la conducta;
 - Terapia del habla;
 - Terapia ocupacional;
 - Terapia física; o
 - Medicamentos o suplementos nutricionales usados para tratar síntomas del trastorno del espectro autista.
- Servicios de terapia pulmonar o respiratoria; y
- Servicios de rehabilitación cardíaca.

Los servicios cubiertos incluyen terapias que resultan en una mejora práctica del nivel de funcionamiento dentro de un plazo razonable y la terapia no se considera atención de mantenimiento. Cuando el profesional de la salud determine que es medicamento necesario, los servicios de terapia para una persona cubierta que padece una discapacidad física no se considerará Atención de mantenimiento. Estos servicios de terapia se brindan sin importar si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

Los servicios de terapia para un niño dependiente con retraso en el desarrollo deberán brindarse de acuerdo con un plan de servicio familiar individual emitido por el Consejo Interagencias en Intervención temprana de la niñez bajo el Capítulo 73 del Código de Recursos Humanos de Texas.

Servicios de terapia brindados durante la Visita de atención médica domiciliaria están cubiertos bajo la provisión de atención médica domiciliaria.

Cirugía reconstructiva

Proporcionaremos beneficios para Servicios cubiertos para las siguiente Cirugía reconstructiva por lo siguiente:

- Para restaurar la función en el caso de condiciones de salud que resulten de Lesiones corporales, siempre que la lesión corporal
- producto de un incidente de o posterior a una Cirugía cubierta tiene como resultado una enfermedad o Lesión corporal de la parte involucrada si el trauma, infección u otra enfermedad sucedió o se inició mientras la persona cubierta estaba cubierta bajo el presente contrato;
- Después de una mastectomía médicamente necesaria, la cirugía reconstructiva incluye todas las etapas y revisiones de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, la reconstrucción del otro seno para establecer la simetría, las prótesis y complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluso los linfedemas; y
- Por causa de una enfermedad congénita o anomalía que tenga como resultado un defecto funcional para mejorar la función de o intentar crear una apariencia normal de la estructura física anormal.
- Las anomalías craneofaciales para mejorar el funcionamiento de, o para intentar darle una apariencia normal a una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

A excepción de lo que por el contrario se establezca en el presente Contrato, los servicios estéticos y los servicios destinados a las complicaciones producto de los servicios estéticos no están cubiertos sin importar si la Cirugía inicial ocurrió mientras la persona cubierta se encontraba bajo la cobertura del presente Contrato o bajo cualquier cobertura previa.

Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales significa una cirugía para mejorar el funcionamiento de, o para intentar darle una apariencia normal a una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Atención de rutina durante ensayos clínicos

Pagaremos los servicios cubiertos que sean Costos por atención de rutina del paciente que se proporcionen a una persona cubierta que participe en la Fase I. Fase II. Fase III o Fase IV de un ensayo clínico si el artículo o medicamento está de alguna manera cubierto bajo el presente Contrato.

No se proporcionarán beneficios para los servicios que son parte del objeto de estudio del ensayo clínico y que son habitualmente pagados por la Institución investigadora que lleva a cabo el ensayo clínico.

Centro de enfermería especializada y Servicios de rehabilitación

Los servicios cubiertos incluyen:

1. Alojamiento y comida diarios;
2. Servicios de enfermería general para cada día de Internación hospitalaria; y
3. Servicios de rehabilitación.

La persona cubierta deberá ingresar al Centro de rehabilitación sub aguda o al centro de enfermería especializada dentro de los 14 días posteriores al alta del Hospital.

La cobertura para el Centro de rehabilitación sub aguda o el centro de enfermería especializada cesará cuando se hayan alcanzado resultados significativos, medibles, esperables y razonables o se haya llegado a una meseta.

Servicios de rehabilitación proporcionados en un centro de enfermería especializada incluyen, entre otros:

1. El tratamiento de las complicaciones del estado de salud que obligó a que el paciente permanezca internado en el hospital;
2. Terapia física, ocupacional y del habla;
3. Programas de rehabilitación pulmonar; y
4. La evaluación de la necesidad de los servicios enumerados anteriormente.

Servicios médicos de telemedicina o servicios de telesalud

Si la persona cubierta recibe servicios cubiertos tales como los servicios médicos de telemedicina o telesalud de un profesional de la salud de la red, la cobertura para dichos servicios son las mismas que recibiría si consultara con un profesional de la salud en un centro en persona. No existe un deducible aparte, un máximo anual o máximo de por vida para los Servicios cubiertos que se presten a través de los servicios médicos de telemedicina y telesalud.

Servicios para trasplantes

Si una persona cubierta necesita un trasplante de órgano o es donante de una persona cubierta, deberemos autorizar previamente con antelación todos los siguientes servicios relacionados, pero no limitados a:

- Servicios de atención médica del Profesional de la salud y hospitalarios; y
- Los costos de donador y de la adquisición del órgano que incluye los servicios de pre trasplantes, el proceso de adquisición y cualquier complicación producto de la adquisición.

Los costos por parte del donador no excederán el Plazo del tratamiento del trasplante de órgano. Después de que se hayan pagado los beneficios de una persona cubierta que es receptora, proporcionaremos el reembolso de los Servicios cubiertos de un donante vivo al punto tal de que los beneficios permanecen y están disponibles bajo el presente contrato. Cualquier beneficio existente a través de la cobertura de salud del donante será secundario a los beneficios disponibles bajo el presente contrato.

Si requiere autorización previa de nuestra parte con antelación al trasplante de órgano. El profesional de la salud de la persona cubierta deberá notificarnos con antelación la necesidad de una evaluación inicial para un trasplante de órgano con el fin de que determinemos si se cubrirá el trasplante de órgano. Para la aprobación del trasplante de órgano en sí, se nos debe dar una oportunidad razonable de revisar los resultados cénicos de la evaluación antes de emitir una determinación.

Una vez que se apruebe la cobertura del trasplante de órgano, aconsejaremos al profesional de la salud. Los beneficios serán pagaderos solo si los servicios pre- trasplante, el trasplante de órgano y los servicios pos-alta están aprobados por nosotros. La cobertura para los servicios post-alta y el tratamiento de las complicaciones después del trasplante están limitadas al período del tratamiento del trasplante de órgano.

Los Servicios cubiertos para un trasplante de órgano cubierto incluye los servicios de pre- trasplante, el trasplante que incluye cualquier quimioterapia y servicios relacionados, servicios de post-alta y tratamiento de las complicaciones después del trasplante de los siguientes órganos o procedimientos solamente:

- a. Corazón
- b. Pulmones;

- c. Hígado;
- d. Riñones;
- e. Médula ósea;
- f. Páncreas;
- g. Célula auto-insular;
- h. Intestino;
- i. Múltiples viseras;
- j. Cualquier combinación de los órganos antes mencionados;
- k. Cualquier órgano que no se haya mencionado antes si es obligatorio por ley federal o estatal;
- l. Dispositivos artificiales aprobados por la FDA

Los trasplantes de córnea y los implantes de válvulas cardíacas porcinas que son tejidos más que órganos se consideran parte de los beneficios regulares del Contrato y están sujetos a otras disposiciones aplicables del presente contrato.

No se proporcionarán beneficios para o en concepto de:

- Trasplantes experimentales o destinados a la investigación;
- Un trasplante que no cumpla con nuestro criterio pre- trasplante;
- Los gastos que cumplen con los requisitos para ser pagados bajo cualquier fondo de investigación público o privado, programa gubernamental con excepción de Medicaid u otro programa de financiamiento ya sea que se recibiera o se aplicara para dicho financiamiento.
- Los gastos relacionados con un trasplante para el que no aprobamos la cobertura en base a nuestros criterios establecidos;
- Los gastos relacionados con el trasplante de tejidos u órganos no humanos excepto como se dispone expresamente en el presente Contrato;
- Un trasplante denegado.
 - Éste incluye la evaluación y los servicios previos al trasplante, el procedimiento de trasplante, los servicios posteriores al alta, medicamentos inmunosupresores y los gastos relacionados con las complicaciones propias de dicho trasplante;
- Gastos relacionados con el almacenamiento de las células madre y de la sangre del cordón a menos que forme parte integral de un trasplante de órganos aprobado por Sendero; o
- Gastos relacionados con un trasplante de órgano realizado fuera de los Estados Unidos y toda la atención que resulte de ese trasplante.

Traslado y alojamiento para trasplante

Costo no-médico directo para:

La Persona cubierta que recibe el trasplante de órganos cuando el Hospital que realiza el trasplante de órganos cubierto se encuentra a más de 100 millas de la residencia de la Persona cubierta; y

Un cuidador designado o persona de apoyo (dos, si la persona cubierta que recibe el trasplante de órgano cubierto es menor de 18 años de edad), si viven a más de 100 millas del Hospital que realiza el trasplante de órganos cubierto.

Los costos no-médicos directos incluyen:

- Servicios de traslado cubiertos hacia y desde el Hospital donde el trasplante de órganos cubierto se realiza y se limita a dos viajes de ida y vuelta por trasplante de órgano cubierto; y
- Hospedaje temporario en un lugar pre acordado cuando el Hospital que realiza el trasplante de órgano cubierto lo solicite y Sendero lo apruebe.

Todos los costos no-médicos directos para la persona cubierta que reciba el trasplante de órganos cubierto y el cuidador designado o la persona de apoyo están limitados a un máximo combinado por trasplante de órgano cubierto como se muestra en el Programa de beneficios.

Traslado

Servicio de ambulancia terrestre y aérea profesional desde la escena de la emergencia médica al centro médico adecuado más cercano que se encuentre equipado para proporcionar tratamiento para Atención de emergencia. Pagaremos a los proveedores no participantes a la tarifa usual y acostumbrada o a la tarifa acordada.

Servicios de atención urgente

Los servicios cubiertos incluyen los Servicios de atención urgente en un Centro de atención de urgencias que participe en la red de proveedores.

Servicios para la vista

Los servicios cubiertos incluyen una evaluación de los ojos de rutina anual para los niños hasta los 21 años. Los beneficios para la vista de Sendero son aquellos que están incluidos en los requisitos de puntos de referencia EHB. Las evaluaciones de los ojos están cubiertas para determinar la necesidad de corrección para la vista de acuerdo con los lineamientos médicos establecidos.

Los servicios cubiertos incluyen un par de marcos seleccionados y lentes estándar por año o lentes de contacto por año para niños hasta los 21 años de edad.

Sendero acelerará el resurtido de ciertas recetas para gotas para los ojos si lo solicita. Es posible que Sendero no deniegue cobertura para el resurtido de gotas para los ojos porque la receta se está resurtiendo antes de la fecha establecida por los lineamientos de resurtidos de recetas generales del plan si:

1. la receta original establece que las cantidades adicionales de las gotas para los ojos son necesarias; y
2. el resurtido no excede la cantidad total de la dosis autorizada por el proveedor en la receta original, esto incluye los resurtidos.

Sendero proporcionará cobertura para el resurtido de una receta para gotas para los ojos que se vendan el mismo día o antes del último día del periodo de dosis recetado y:

1. no antes de los 21 días posteriores a la fecha en que una receta para un suministro de 30 días para gotas para los ojos es surtido;
2. no antes de los 42 días posteriores a la fecha en que una receta para un suministro de 60 días para gotas para los ojos es surtido;

3. no antes de los 63 días posteriores a la fecha en que una receta para un suministro de 90 días para gotas para los ojos es surtido;

Exclusiones y limitaciones generales

Debajo hay una lista de los límites y exclusiones de los Servicios cubiertos. Sírvase revisar el documento completo ya que puede haber múltiples limitaciones aplicables a un servicio en particular. Dichas límites y exclusiones aplican incluso si un Médico o Proveedor ha realizado una receta o realizado un servicio médicamente adecuado. Esto no evita que el Profesional de la salud le brinde el servicio, sin embargo, dicho servicio no será considerado un Servicio cubierto pagado por nosotros.

Si se niega una reclamación por considerarla Experimental o de Investigación, usted tiene derecho a solicitar una revisión de la denegación por parte de una Revisión Externa Federal e Independiente. Para obtener más información, recurra a provisión de Apelaciones, Quejas y Derechos de Revisión Externa en la sección Disposiciones generales en el presente Contrato.

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

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 presente 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 en una fecha posterior;
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 el presente Contrato.
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 como resultado de 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) Provistos 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) Provistos 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) Provistos 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 hacía, 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. El aborto se lleve a cabo producto de una emergencia médica. A los fines de esta sección, emergencia médica significa un estado físico que ponga en riesgo la vida, agravado o causado por un embarazo que, según lo certifique un médico, pone a la mujer en peligro de muerte o en serio riesgo de sufrir una incapacitación significativa de alguna función física mayor a menos que se lleve a cabo el 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 pre quirúrgicas/procedimentales duplicadas durante una Internación hospitalaria;

19. Cualquier tratamiento para la obesidad, independientemente de los beneficios potenciales para las afecciones comórbidas, incluidos pero no limitados a:
20. Procedimientos quirúrgicos para la Obesidad mórbida;
21. Servicios o procedimientos para tratar una Enfermedad o Lesión corporal causada, complicada o exacerbada por la obesidad; o
22. Complicaciones relacionadas con cualquier servicio prestado para la reducción de peso;
23. 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;
24. 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:
25. Terapia de ondas de choque para los pies;
26. Tratamiento para pies débiles, torcidos, planos, inestables o desequilibrados;
27. Cuidado higiénico, y el tratamiento de lesiones superficiales en los pies tales como durezas, callos o hiperqueratosis;
28. Tratamiento para la tarsalgia, la metatarsalgia o los juanetes, excepto las Cirugías que involucren la exposición de huesos, tendones o ligamentos;
29. Corte de las uñas de los pies, excepto la extracción de la matriz ungueal; y
30. 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;
31. Prótesis, trasplantes o implantes capilares;
32. 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;
33. Servicios provistos en una clínica para el síndrome premenstrual o una clínica de medicina holística;
34. Servicios de trasplante, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato;
35. 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;
36. Vacunas, incluidas las requeridas para viajes al extranjero, para Personas cubiertas de cualquier edad, a excepción de lo dispuesto expresamente en el presente Contrato;
37. 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;
38. Pruebas, orientación o servicios genéticos;
39. Gastos por exámenes físicos laborales, escolares, deportivos, para campamentos y para obtener un seguro; y pruebas/exámenes prematrimoniales;
40. Servicios recibidos en una sala de emergencia a menos que se trate de Atención de emergencia;
41. Cualquier Gasto Incurrido por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, a excepción de los servicios de Atención de emergencia;
42. 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;
43. Servicios y artículos que:
44. Se presten en relación con Enfermedades mentales no clasificadas en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales actual;

45. Se extiendan más allá del período necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de conducta y aprendizaje o el retraso mental ; y
46. Queda excluida específicamente el asesoramiento matrimonial;
47. No se proporcionarán beneficios para:
48. Inmunoterapia para el aborto recurrente;
49. Quimionucleólisis;
50. Litotricia biliar;
51. Monitoreo de la actividad uterina en el hogar;
52. Terapia del sueño;
53. Tratamiento con luz para el Trastorno afectivo estacional;
54. Inmunoterapia para alergias alimentarias;
55. Proloterapia;
56. Bandas craneales;
57. Cirugía para la hiperhidrosis; y
58. Terapia de integración sensorial;
59. Cargos por medicina alternativa, incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la terapia médicos.
60. Los servicios de medicina alternativa incluyen, entre otros:
61. Acupresión;
62. Acupuntura;
63. Aromaterapia;
64. Ayurveda;
65. Biorretroalimentación (excepto en la medida que incluya una Terapia de neuro retroalimentación que sea Médicamente necesaria para el tratamiento de una Lesión cerebral adquirida);
66. Curación mediante la fe;
67. Imágenes mentales guiadas ;
68. Medicina herbolaria;
69. Medicina holística;
70. Homeopatía;
71. Hipnosis;
72. Macrobiótica;
73. Terapia de masajes;
74. Naturopatía;
75. Terapia de ozono;
76. Reflexología;
77. Respuesta de relajación;
78. Método Rolfing;
79. Shiatsu; y
80. Yoga;
81. 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
82. 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:
83. Artículos del hogar comunes, tales como acondicionadores de aire, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, camas de agua, colchones o almohadas hipoalergénicos, o equipo para hacer ejercicio;
84. 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;

85. Equipos de higiene personal como sillas de baño/ducha, equipos o artículos de transferencia, o inodoros junto a la cama;
86. Artículos de confort personal, como almohadas cervicales, sillas de reducción de gravedad para la zona lumbar, piscinas, jacuzzis, spas o saunas;
87. Equipos médicos, incluidos los dispositivos de control de la presión arterial, las luces PUVA y los estetoscopios;
88. Cargos por cualquier tarifa de membresía o tarifa de programa pagada por una Persona cubierta, incluyendo pero no limitado a 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;
89. Sistemas de comunicación, telefonía, televisión o computación; y equipos relacionados o artículos o equipos similares; y
90. Dispositivos de comunicación, excepto después de la extirpación quirúrgica de la laringe o de un diagnóstico de falta de función permanente de la laringe.
91. 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 uterina de la super ovulación, la inseminación intraperitoneal directa, la inseminación tubárica transuterina, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia en el estadio de ovocito pro nucleado, la transferencia intrafalopiana de cigotos y la transferencia embrionaria tubárica.

Exclusiones de medicamentos recetados

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 recetados con leyenda que Sendero no considera 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 etiqueta “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 auto administrados cuya cobertura esté aprobada por Sendero;
 - b. Prendas de soporte;
 - c. Bombas mecánicas para el suministro de medicamentos;
 - 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;
 - c. Agentes pigmentantes o despigmentantes (por ej., Solaquin);
17. Contrariamente a lo que se establezca en cualquier otra disposición del presente Contrato, Sendero puede 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 (seis) 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 preparados 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 se dé la receta o dispense el Profesional de la salud;
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, pero no limitados a:
 - a. Agentes inmunizantes; o
 - b. Medicamentos inyectables auto administrados 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 (por ejemplo ,IMITREX);
 - b. Se le dispense a una Persona cubierta cuya edad se encuentre fuera de los límites de edad específicos del medicamento definidos por Sendero;
 - c. Se resurta anticipadamente, según lo definido por Sendero; 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 este 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 recetados.
 35. Cualquier uso indebido intencional de este 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;

Si se niega la reclamación por considerarse Experimental o de Investigación, usted tiene derecho a solicitar una revisión de la denegación por parte de una Revisión Externa Federal e Independiente. Para obtener más información, recurra a la sección Apelaciones Quejas y Revisión Externa en el presente contrato.

Pago de prima

Su responsabilidad de pagar prima

Debe pagar la prima obligatoria a Sendero al llegar su vencimiento. Si no paga la prima a tiempo, sujeto al período de gracia, daremos por terminada la cobertura. Durante el período de gracia, la póliza permanecerá en efecto, sin embargo si su cobertura se termina, todas las reclamaciones posteriores a la fecha de terminación serán recuperadas y usted será responsable del pago.

La primera prima vence en la fecha que Sendero especificó. Las primas posteriores vencen en la fecha que designemos. Podrá pagar su prima en un centro de pago, comunicándose al 1-877-817-4636 o en línea en www.SenderoHealth.com. También puede enviar el pago a Sendero por correo al teléfono:

IdealCare by Sendero Health Plans
P.O. Box 842773
Austin, Texas 75284-2773

Crédito impositivo anticipado para el pago de primas

Es posible que usted califique para un Crédito impositivo anticipado para el pago de primas (APTC, por sus siglas en inglés) para ayudar a reducir su prima. Se trata de un pago mensual que el Gobierno Federal nos hace en su nombre para hacer esta cobertura más asequible. En general usted cuenta con los requisitos para un APTC si:

- Se encuentra inscripto en este Plan;
- Espera tener un ingreso en el hogar por debajo del 400% del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés) durante el año calendario;
- No cumple con los requisitos para Medicare Parte A, Medicaid u otra cobertura esencial mínima; y
- Declara que, en el año calendario:
- Usted presentará una declaración de impuestos sobre los ingresos o una declaración de impuestos conjunta (si usted está casado);
- Ningún otro contribuyente podrá reclamar que es una persona a su cargo para los impuestos; y
- Usted reclamará una deducción de exención (persona) en su declaración de impuestos para los miembros de su familia, incluidos usted y su esposo/a.

Su APTC puede cambiar basándose en su ingreso del hogar, el tamaño de su familia u otro evento que califique, si su APTC cambia o es eliminado, el Mercado de seguros nos notificará y usted continuará siendo responsable por el pago de su prima.

Si tiene alguna consulta respecto del APTC, sírvase ponerse en contacto con el Mercado de seguros de salud facilitado federalmente o consulte con un profesional en impuestos.

Período de gracia

El Período de gracia es un período de tiempo dentro del cual se puede pagar una prima vencida después de la fecha de vencimiento y el miembro puede mantener la cobertura vigente. Durante el período de gracia, la póliza permanecerá en efecto, sin embargo si su cobertura se termina, todas las reclamaciones posteriores a la fecha de terminación serán recuperadas y usted será responsable del pago.

IdealCare les brinda a los miembros un período de gracia de 90 días si el miembro está recibiendo un Crédito impositivo anticipado para el pago de primas (APTC) y ha pagado, por lo menos, la prima de un mes entero durante el año de beneficio. Los miembros que no reciben un APTC o que está inscriptos en un plan fuera del intercambio de seguros tienen un período de gracia de un mes.

El período de gracia de 90 días comienza el primer mes que usted deja de pagar, incluso si usted realiza pagos los meses siguientes. Por ejemplo:

- Usted no realiza el pago de prima por el mes de mayo.
- Realiza pagos de prima a tiempo para los meses de junio y julio, pero sin haber pagado la prima por el mes de mayo.
- Su período de gracia termina el 31 de julio (90 días a partir del 1 de mayo).
- Si usted no ha pagado su prima de mayo para el 31 de julio, usted perderá la cobertura retroactiva al último día de mayo.

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

- Usted no realiza el pago de prima por el mes de junio para el 1 de junio.
- Se considera que usted se encuentra en el período de gracia.
- Su período de gracia termina el 30 de junio. (el último día del mes)
- Si usted no paga el monto completo de su prima vencida el último día del mes, usted perderá la cobertura.
- Su último día de cobertura será el 31 de mayo.
- No pagar las primas mensuales pendientes durante el período de gracia puede tener como resultado la terminación de su cobertura.

Modificaciones de su prima

Su prima puede cambiar cuando:

1. Se agregan o eliminan miembros de la familia;
2. Se aumenta o disminuye la cobertura;
3. Se modifica el método de pago de prima;
4. Aplica una tabla de tarifas nueva;
5. Aumenta la edad de cualquier persona cubierta;
6. Cambia la clasificación de la valoración de cualquier persona cubierta;
7. La persona cubierta se muda a un código postal diferente o condado; o
8. Una inexactitud en la aplicación tiene como consecuencia que no se facture el monto a pagar adecuado.

Se proporcionará una notificación de 60 días antes del cambio de a tarifa de la prima para los artículos 3,4, 5, 6 y 8. Si usted continúa pagando la prima indicará su conformidad con el cambio.

Reintegro de prima

En ningún caso se reembolsará la prima con excepción de las siguientes razones:

- El titular del contrato devuelve el contrato como se describe en la disposición Derecho de devolver el contrato;
- Recisión de cobertura como se describe in la disposición irrefutable en la sección de Disposiciones generales; o
- El titular del contrato solicita por escrito que se termine la cobertura y se ha pagado la prima para cualquier período de tiempo posterior al último de la fecha en que usted lo solicitó o la fecha en que recibimos su notificación para cancelar.

En caso de que usted cancele el presente contrato, la prima se computará prorrateada.

La cancelación del presente contrato no afectará las quejas en las que se haya incurrido antes de la cancelación.

Fechas de entrada en vigencia de la inscripción

Para los Miembros del Mercado de seguros la cobertura comienza en la fecha indicada por el Mercado. Si tiene consultas o desea cambiar la fecha vigente, deberá ponerse en contacto con el Mercado directamente al teléfono 1-800-318-2596.

La cobertura para el miembro fuera del intercambio de seguros comenzará el primer día del mes posterior a la inscripción si se realiza entre el 1 y el 15 del mes anterior.

Por ejemplo, si usted se inscribe en Sendero entre el 1 de febrero y el 15, su cobertura se hará efectiva el 1 de marzo.

Por ejemplo, si usted se inscribe en Sendero entre el 16 de febrero y el 28, su cobertura se hará efectiva el 1 de abril.

Modificaciones del contrato

Sus derechos a realizar modificaciones al contrato

Usted tiene varios derechos a realizar cambios en su contrato.

Cambios en los beneficios

Puede llamarnos o escribirnos para solicitarnos beneficios adicionales, aumentar o disminuir la cobertura.

Si se encuentra disponible el cambio en los beneficios que usted solicita, como lo determinamos y aprobamos, el beneficio se hará efectivo en la fecha que nosotros asignemos.

Cambio de residencia

Si usted está inscrito en el intercambio de seguros, deberá ponerse en contacto con el mercado de seguros directamente para cambiar su domicilio residencial o postal, comunicandose telefónicamente al 1-800-318-2596 o ingresando en su cuenta en www.Healthcare.Gov.

Si usted está inscrito con fuera del intercambio de seguros, deberá ponerse en contacto telefónicamente al 1-844-800-4693 directamente con Sendero para cambiar su domicilio residencial o postal.

Cambios a las Personas cubiertas

Podrá solicitar un cambio a la persona cubierta bajo su contrato debido a ciertos cambios en su familia.

Eliminación de personas dependientes

Si usted desea eliminar una persona cubierta de su contrato, simplemente llame o escriba a la dirección que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Incorporación de personas dependiente

Si el titular o cualquier persona cubierta tiene un hijo, adopta un niño o un nieto/hijo se le asigna al titular para su adopción o forma parte de un juicio en el que se busca la adopción de un nieto/hijo, nos deberán notificar de la situación en forma verbal o por escrito y recibir la prima solicitada en la fecha o antes de los 60 días del evento. Si no recibimos notificación y prima por los primeros 60 días y en adelante, el niño no será una persona cubierta bajo el presente contrato.

Si un nieto/hijo dependiente está sujeto a una orden de manutención médica, la cobertura de salud será automática durante los primeros 60 días a partir de la fecha de recepción de la orden de manutención médica o el aviso de la orden de manutención médica y de cualquier prima obligatoria.

Un dependiente que no encuadre en lo dispuesto en el párrafo previo deberá aplicar para que se lo agregue como persona cubierta y lo aceptaremos durante el período de apertura de inscripción anual. Un hijo dependiente cumple con los requisitos para aplicar si es menor de 26 años. Si es aceptada, la persona cubierta estará cubierta en la fecha que especifiquemos.

Fecha de entrada en vigencia de los cambios de las personas dependiente

1. La cobertura para un niño recién nacido o adoptado se hará efectiva para los primeros 31 días posteriores a la fecha del parto, colocación, adopción o fecha en la que el tribunal otorgue la petición de adopción. Para que la cobertura tenga continuidad para el recién nacido o niño adoptado después del período inicial usted deberá notificarnos y remitir la prima en el plazo de 31 días de la fecha de nacimiento o adopción del niño;
2. La cobertura de un hijo dependiente que sea sujeto de una orden de manutención médica, será efectiva para los primeros 31 días a partir de la fecha de recepción de la orden de manutención médica o el aviso de la orden de manutención médica.
3. Si recibimos la solicitud o notificación según aplica y cualquier prima obligatoria después de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento o de adopción del niño, colocación para adopción o fecha en que el tribunal otorgue la petición de adopción, dicho niño no será elegible;
4. Los cambios para otros dependientes estarán vigentes cuando los aceptemos y recibamos la prima.

Nuestros derechos a realizar modificaciones al contrato

Tenemos derecho a realizar ciertos cambios en su contrato. Podemos realizar cambios al presente contrato en cualquier momento sin consentimiento previo cuando los cambios sean obligatorios según la ley estatal o federal.

Continuidad de la cobertura para personas dependiente sobrevivientes

Si el presente contrato ha estado en vigencia durante al menos 90 días y el titular muere mientras la cobertura de sus dependientes se encuentra en vigencia, los dependientes sobrevivientes que están

cubiertos bajo el presente contrato en la fecha de muerte pueden ser elegibles para continuar recibiendo cobertura bajo el presente contrato.

El esposo/a sobreviviente o el tutor legal de el/los niño(s) dependiente(s) deberá notificarnos por escrito dentro de los 31 días de la muerte del titular del contrato. Para que la cobertura continúe deberán seguir pagando la prima. Es posible que la prima cambie y se basará en la clasificación según la edad de quienes continúen con la cobertura.

El/La esposo/a dependiente sobreviviente pasará a ser el titular del contrato si al momento de la muerte se encuentra cubierto/a bajo el presente contrato. Si la cobertura solo abarca al niño/a, el padre/la madre del dependiente o el tutor legal sobreviviente pasará a ser el titular del contrato en vigencia.

Todas las condiciones, limitaciones, exclusiones y máximas del presente contrato continuarán aplicando.

Continuación de la cobertura debido a un cambio de estado civil

Si una persona cubierta ya no cumple con los requisitos debido a una modificación en el estado civil, Sendero ofrecerá cobertura que se aproxime más a la cobertura en vigencia previa a la modificación del estado, esto incluye la fecha de vencimiento.

Renovación y terminación

Razones por las cuales terminaremos su contrato

El presente contrato es renovable si así lo elige el titular del contrato, con excepción de las condiciones que se establecen debajo: Terminaremos su contrato al finalizar el periodo de facturación en el cual sucedan los siguientes eventos a menos que se establezca de otra manera:

- Se nos deba la prima obligatoria y no la hemos recibido, esto incluye el período de gracia.
- La terminación tendrá vigencia en el último día para el cual la prima fue pagada,
- El titular del contrato comete fraude o realiza una malinterpretación intencional de un hecho material, en cuyo caso le proporcionaremos un aviso de nuestra intención de rescindir el contrato. El titular del contrato tendrá derecho a Apelar la rescisión.

El titular solicita la terminación del contrato por escrito.

La terminación se hará vigente la fecha última en la que usted solicita o Sendero reciba su aviso de cancelar o nosotros dejemos de ofrecer un tipo particular de cobertura o dejemos de hacer negocios en el mercado de atención médica básica individual según lo permite la ley federal o estatal.

Si decidimos discontinuar el ofrecimiento de un tipo de contrato, el titular del contrato:

- Será notificado acerca de dicha discontinuación al menos 90 días antes de la fecha en la que se discontinúe dicha cobertura
- Se le dará la opción de adquirir cualquier otro contrato individual hospitalario, médico o quirúrgico que brinde beneficios que nosotros estemos ofreciendo en ese momento.

Si decidimos cesar de hacer negocios en el mercado hospitalario, médico o quirúrgico, los titulares del contrato cubiertos por dichas pólizas y se notificará al Comisionado de seguros sobre dicha discontinuación al menos 180 días antes de la fecha de discontinuación de dicha cobertura.

Su responsabilidad de notificarnos

Usted es responsable de notificarnos de cualquier de los eventos que se establecieron antes que tendrían como resultado la terminación del presente contrato o persona cubierta.

Reincorporación

Planes fuera del intercambio de seguros:

Si el presente contrato se termina por falta de pago de la prima, que no sea el pago de prima inicial, usted podrá solicitar una reincorporación. Sendero revisará su cuenta y determinará si usted cumple con los requisitos para una reincorporación, siempre y cuando se cumpla con todo lo siguiente:

1. La cobertura no se ha terminado durante más de 90 días; y
2. Está de acuerdo en pagar todas las primas pasadas y actuales adeudadas.

Si se aprueba su solicitud de reincorporación, la cobertura se restablecerá en la fecha en que aprobemos la reincorporación.

Planes en el intercambio de seguros:

Si se termina su cuenta debido a la falta de pago de la prima, Sendero no puede restablecer su cuenta sin una directiva del Mercado de seguros. Deberá ponerse en contacto con el Mercado de seguros al 1-800-318-2596 y consultar si usted califica para una reincorporación. Reestableceremos su cuenta siempre y cuando se cumpla con todo lo siguiente:

1. El Mercado de seguros resuelve que usted cumple con los requisitos para la reincorporación y
2. Se recibe un boleto de incremento HICS de parte del Mercado ordenando a Sendero que restablezca su cuenta.

Si se aprueba su solicitud de reincorporación, la cobertura se restablecerá en la fecha en la que lo establezca el Mercado de seguros.

Si el Mercado de seguros determina que usted no califica para la reincorporación, no podrá reinscribirse en un plan a menos que usted califique para una inscripción especial o hasta que se abra la inscripción. Para obtener más información acerca de la inscripción especial o para averiguar si cuenta con un evento que califique, sírvase ponerse en contacto con el Mercado de seguros directamente al 1-800-318-2596.

Fraude

Usted comete fraude en nuestra contra o realiza una malinterpretación intencional de un hecho material por intencionalmente no informarnos los hechos correctamente o reteniendo información que sea necesaria para que nosotros administremos el presente contrato.

El fraude es un delito que puede conllevar acciones legales. Cualquier persona que intencional y conscientemente se involucre en una actividad destinada a defraudarnos por medio de la presentación de una reclamación o formulario que contenga una declaración falsa o engañosa puede que este cometiendo fraude de seguro.

Si usted o la persona cubierta cometen fraude en nuestra contra, según lo determine un tribunal, se terminará la cobertura. Proporcionaremos un aviso por escrito por lo menos 30 días antes de nuestra intención de terminar. Dicha terminación podrá llevarse a cabo de manera retroactiva respecto de la fecha en que se cometió el fraude o a partir de la fecha en la que lo determinemos de algún otro modo.

Razones por las cuales usted pueda terminar su contrato

Si usted se inscribe a través del Mercado de seguros y necesita terminar su cobertura, deberá ponerse en contacto con el Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para solicitar la terminación. Al hacerlo, tendrá la opción de elegir una terminación del contrato el mismo día. El Mercado de seguros enviará a Sendero un archivo actualizado con la fecha de la terminación que usted solicitó y su cuenta será actualizada en consecuencia.

Si usted se inscribió directamente con Sendero, puede enviar por correo electrónico su solicitud de terminación del contrato el mismo día a: SenderoIDCCustomerService@SenderoHealth.com. Usted también podrá enviar por fax su terminación por escrito al (512) 901-9724 o enviar por correo postal su solicitud a:

Sendero Health Plans
P.O. Box 16493
Austin, TX 78761

Disposiciones generales de los Derechos de apelación, queja y revisión externa

Tiene derecho a apelar cualquier decisión que tomemos que niegue el pago de su reclamación o solicitud de cobertura de un servicio de atención médica o tratamiento. Incluido en sus derechos se encuentra el derecho a apelar una determinación adversa a nosotros y a revisión externa, a apelar una denegación de contrato y a presentar una queja.

Sendero no discriminará o iniciará una acción punitiva contra un miembro o su representante por haber presentado una queja, una apelación o haber solicitado una apelación expedita. IdealCare no iniciará una acción de represalia, esto incluye negarse a renovar o cancelar la cobertura porque el miembro o la persona que actúa en su nombre hayan presentado una queja contra IdealCare o haya apelado una decisión de IdealCare. Por otra parte, se prohíbe a IdealCare tomar represalias contra un médico o proveedor porque el médico o proveedor ha presentado una queja o ha apelado una decisión en nombre del afiliado.

Apelación por una determinación adversa

Si determinamos que los servicios de atención médica brindados o propuestos para que sean brindados no son medicamente necesarios o apropiados, lo notificaremos a usted o al individuo que actúe en su nombre y a su proveedor que figure en el registro de nuestra determinación y de su derecho a apelar la

determinación adversa y el proceso para solicitar una apelación. Lo notificaremos a usted, al individuo que actúe en su nombre y a su proveedor que figure en el registro de la determinación adversa en el plazo adecuado para las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios y su condición; pero en ningún caso excederá una hora a partir de la notificación cuando deniegue el cuidado de pos estabilización posterior al tratamiento de emergencia como lo solicitara un profesional de la salud o si usted está internado, dentro de un día hábil o tan pronto como sea posible pero antes de las 72 horas, cualquier plazo que sea menor, después de que se recibida la solicitud por teléfono o transmisión electrónica. Si hay en su caso una afección de vida o muerte o si no cumplimos con los plazos internos, usted tendrá derecho a una apelación inmediata a una Revisión externa federal independiente.

Si la determinación adversa no se relaciona con su estadía en el hospital en el momento de la revisión, Sendero proporcionará una notificación por escrito de la determinación adversa al paciente y al proveedor que figure en el registro en el plazo de un día laboral o tan pronto como sea posible, pero antes de las 72 horas cualquier plazo que sea menor, para todas las solicitudes estándar.

Si Sendero transmitiese una determinación adversa para una revisión de utilización retrospectiva, el aviso de determinación adversa le será transmitido al proveedor que figure en los registros y al paciente, dentro de los 30 días posteriores a la fecha en la que se reciba la reclamación. Si se solicita una extensión para revisión de utilización retrospectiva, Sendero tiene una extensión de 15 días para completar la revisión y proporcionar una respuesta.

La Revisión de utilización proporcionará notificación de una determinación adversa para una revisión simultánea de provisión de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para los que el paciente está recibiendo beneficios de salud según la Evidencia de cobertura dentro de los 30 días antes de la fecha en la que se descontinúe la provisión de los medicamentos recetados o las infusiones intravenosas.

Usted o un individuo que actúe en su nombre o su proveedor que figure en el registro pueden solicitar una apelación expedita (rápida) para las denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención en caso de vida o muerte, infusión intravenosa, medicamentos recetados y denegaciones de continuidad en la internación. La revisión expedita será una revisión por parte de un proveedor médico que no haya estudiado previamente el caso y tenga la misma especialidad, o una especialidad similar a la del proveedor médico que normalmente maneje la afección médica, el procedimiento o el tratamiento que esté sujeto a revisión. Las solicitudes de apelación expedita se decidirán teniendo en cuenta el grado de urgencia de la afección médica o el procedimiento pero en ningún caso podrán transcurrir más de 24 horas partir de la fecha de una solicitud expedita; deberá recibirse toda la información necesaria para completar el proceso. La determinación podrá comunicarse vía telefónica o por transmisión electrónica, pero deberá enviarse una carta dentro de un día hábil o tan pronto como sea posible, pero antes de las 72 horas cualquiera sea menor, para las solicitudes estándar y dentro de las 24 horas para solicitudes expeditas de la notificación inicial telefónica o electrónica.

Cuando recibamos una apelación enviaremos a la parte apelante, dentro de los cinco días hábiles de la recepción de la apelación, una carta para acusar recibo de la fecha de la recepción de la apelación. Dicha carta incluirá los procedimientos de apelación, una solicitud de la documentación obligatoria y los plazos exigidos para la resolución. Si se recibe oralmente una apelación de una determinación adversa incluida en la carta de acuse de recibo estará un formulario de apelación de una hoja de la parte apelante.

Después de la revisión de la apelación de una determinación adversa, emitiremos una carta de respuesta a usted o a la persona que actúe en su nombre y a su profesional de la salud explicando la resolución de la apelación tan pronto como sea práctico, pero en ningún caso después de los 30 días calendario

posteriores a la fecha en que recibimos la apelación. Si la apelación es por atención de emergencia o denegación de la continuidad de la estadía para una persona cubierta que se encuentre hospitalizada, el plazo para la resolución se tendrá en cuenta en función del grado de urgencia de la afección médica o dental, el procedimiento o el tratamiento, un día hábil o tan pronto como sea posible pero antes de las 72 horas, cualquiera sea menor, a partir de la fecha en que fue recibida la solicitud. La carta de resolución contendrá los fundamentos clínicos para la determinación de la apelación, la especialidad del profesional de la salud que haga la denegación, y una notificación del derecho de la parte apelante a exigir una revisión de la denegación por parte de una Revisión externa federal independiente.

Sendero revisará su solicitud o la del médico que emite la receta para acelerar una solicitud de excepción debido a circunstancias apremiantes cuando la solicitud involucre medicamentos que se encuentren o no en el formulario. Sendero revisará estos casos específicos en un plazo urgente y proporcionará una determinación en un plazo que no supere las 24 horas después de recibida la solicitud. Si Sendero otorga una excepción basándose en circunstancias apremiantes, proporcionaremos cobertura del medicamento que no esté en el formulario mientras dure el tratamiento o el plan de atención.

Si se deniega la apelación de determinación adversa, su proveedor deberá, dentro de los 10 días hábiles, establecer por escrito una buena causa por la cual un proveedor especialista deba revisar el caso; la denegación de la apelación será revisada por un proveedor participante de la misma especialidad o similar que trate típicamente la afección médica, realice el procedimiento o proporcione el tratamiento que esté en discusión para revisarse en la apelación, y dicha revisión por un especialista se completará dentro de los 15 días de la recepción de la solicitud por parte del proveedor.

Revisión externa federal independiente

En una circunstancia que involucre un caso de vida o muerte, la denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para las cuales el paciente está recibiendo los beneficios según la Evidencia de cobertura, usted tendrá derecho a una apelación inmediata a una Revisión externa federal independiente y no está obligado a cumplir con los procedimientos de Sendero para una apelación de una determinación adversa. Si Sendero deniega la apelación de una determinación adversa de un miembro podrá solicitar la revisión de dicha determinación entregando una solicitud de apelación a través del Proceso de revisión externa federal. Para recibir información acerca del proceso para solicitar una Revisión externa federal, usted podrá comunicarse con el Departamento de servicios de salud de Sendero al 1-855-297-9191. Usted también puede ingresar en <http://www.externalappeal.com/Forms.aspx> para descargar y completar un Formulario de solicitud de revisión externa federal y enviarlo a:

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

A pedido y sin cargo, usted o el individuo que usted designe podrán tener acceso razonable a todos los documentos, registros y demás datos relevantes para la reclamación o apelación, y obtener copias de los mismos, entre otros:

- Información que se hayan tenido en cuenta para tomar la decisión;
- Información entregada, analizada o generada durante el proceso decisorio, se haya tenido en cuenta o no para tomar la decisión;

- Descripciones del proceso administrativo y de las salvaguardas utilizadas para tomar la decisión;
- Registros de toda revisión independiente efectuada por Sendero;
- Fallos médicos que incluyen si un servicio en particular:
- Es experimental/de investigación o no es médicamente necesario o apropiado; una recomendación profesional o consulta que Sendero haya realizado en relación con la reclamación denegada, se hubiese tenido en cuenta o no la opinión a la hora de tomar la decisión.

El proceso de apelación no le prohibirá buscar otros recursos apropiados como: medidas cautelares, una sentencia declarativa u otra compensación disponible conforme a la ley.

Apelación de denegación de los beneficios:

Si determinamos que el servicio de atención médica brindado o propuesto para que sea brindado no está cubierto por razones que no incluyan una determinación adversa, por ejemplo, no está cubierto o está expresamente excluido; usted tendrá derecho a apelar esa determinación solicitando una apelación oralmente o por escrito. En tal caso, seguiremos el procedimiento que se detalla debajo para las quejas.

Solicitud de información adicional

Usted podrá solicitar más explicación cuando usted reciba la denegación de los beneficios. Póngase en contacto con Sendero cuando usted:

- no comprenda la razón para la denegación;
- no comprenda por qué no se cubrió por completo el servicio de atención médica o tratamiento;
- no comprende por qué se denegó una solicitud de cobertura para un servicio de atención médica o tratamiento;
- no puede encontrar la disposición aplicable en su evidencia de cobertura;
- quiere una copia (gratuita) de los lineamientos, criterios o lógica clínica que hayamos utilizado para tomar nuestra decisión; o
- está en desacuerdo con la denegación o el monto no cubierto y que usted quiere apelar.

Si se denegó su reclamación debido a la falta de información o información incompleta, usted o su proveedor de atención médica podrá volver a presentarnos la reclamación junto con la información necesaria para completar el reclamo.

El proceso de apelación no le prohibirá a la persona cubierta buscar otros recursos apropiados como: medidas cautelares, una sentencia declarativa u otra compensación disponible conforme a la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pusiese en serio riesgo la salud de la persona cubierta.

Para consultas acerca de los derechos de apelación y revisión externa; una persona cubierta puede llamar al departamento de Servicio al cliente.

Proceso de queja

Si usted nos notifica oralmente o por escrito de una queja, lo notificaremos por escrito dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha de la recepción de la queja. Nosotros le enviaremos una carta acusando recibo de la fecha en que recibimos la queja. Dicha carta también incluirá nuestros procedimientos de

queja y los plazos exigidos para la resolución. Si se recibió la queja oralmente, adjuntaremos un formulario de queja de una página que claramente establezca que el formulario de queja deberá devolverse para que se resuelva la queja a la brevedad.

Después de haber recibido una queja por escrito o un formulario de queja de una página, investigaremos y enviaremos una carta con la resolución de Sendero. Lo notificaremos de la determinación de Sendero dentro de los 30 días hábiles posteriores a la fecha de la recepción de la queja. Si su queja se relaciona con una emergencia o la denegación de la continuidad de una internación hospitalaria, investigaremos y resolveremos la queja de Sendero en el plazo de un día hábil.

Sendero no discriminará o iniciará una acción punitiva contra un miembro o su representante por haber presentado una queja, una apelación o haber solicitado una apelación expedita. Sendero no iniciará una acción de represalia, esto incluye negarse a renovar o cancelar la cobertura porque el miembro o la persona que actúa en nombre del miembro hayan presentado una queja contra Sendero o haya apelado una decisión de Sendero. Por otra parte, se prohíbe a Sendero tomar represalias contra un médico o proveedor porque el médico o proveedor haya presentado una queja o haya apelado una decisión en nombre del afiliado.

Apelaciones de una queja al plan

Si la queja no se resuelve para satisfacción de la persona cubierta, la persona cubierta tiene derecho a comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas donde la persona cubierta normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que se acuerde otro sitio con la persona cubierta, o a presentar una apelación por escrito ante el panel de apelación de quejas. Completaremos el proceso de apelación de queja dentro de los 30 días calendario posterior a la fecha de la recepción de la solicitud de apelación.

- Enviaremos una carta para acusar recibo a la persona cubierta dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha de la recepción de la solicitud de apelación.
- Designaremos los miembros del panel de apelación de queja, quienes nos asesorarán sobre la resolución de la disputa. El panel de apelación de queja estará compuesto de un número equitativo de miembros de nuestro personal, profesionales de la salud y otras personas cubiertas por un plan de salud que nosotros brindemos. El miembro del panel de apelación de queja no deberá haber estado involucrado previamente en la decisión cuestionada.
- Dentro de los 5 días hábiles anteriores a la fecha de la reunión del panel programada, a menos que la persona cubierta acuerde otra cosa, le brindaremos a la persona cubierta o a su representante designado:
 - cualquier documentación para ser presentada ante el panel por nuestro personal;
 - la especialización de cualquier profesional de la salud consultado durante la investigación; y
 - el nombre y afiliación de cada uno de nuestros representantes en el panel.
- La persona cubierta o el representante designado de la persona cubierta si la persona cubierta es un menor o discapacitado, tienen derecho a:
 - comparecer en persona ante el panel de apelación de queja;
 - presentar testimonio de expertos alternativos; y

- solicitar la presencia de e interrogar a cualquier persona responsable de realizar la determinación previa que tuvo como resultado la apelación.

Dónde enviar las apelaciones y quejas

Todas las apelaciones y quejas deberán enviarse a:

Sendero Health Plans
Attn: Member Advocate
2028 East Ben White Blvd., Ste.
Suite 400
Austin, TX 78741

Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona cubierta, incluso las personas que hayan intentado resolver las quejas a través de nuestro proceso de queja y apelación, y que no estén satisfechas con la resolución, podrán enviar la información a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection, MC 111-1A
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

El comisionado investigará una queja en nuestra contra para determinar que se cumplió con los requisitos, dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja de TDI y de toda la información necesaria para que el departamento determine si se cumplió con los requisitos. El comisionado podrá extender el plazo necesario para completar una investigación en caso de que las circunstancias siguientes sucedan:

- Se necesita información adicional;
- Es necesaria una revisión en el lugar;
- Nosotros, el profesional de la salud o la persona cubierta no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
- Se presentan otras circunstancias que excedan el control del departamento.

Agotamiento de los remedios

Antes de iniciar una acción legal, usted deberá completar los niveles del proceso de apelación, quejas y derechos de revisión externa aplicables a usted y cualquier proceso de revisión regulatoria/estatutaria disponible para usted según la ley estatal o federal. Que se completen estos procesos administrativos o regulatorios garantiza que tanto usted como nosotros tenemos una oportunidad total y justa de resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones que contiene el presente contrato.

Asignación de beneficios

La asignación de beneficios deberá realizarse solamente con nuestro consentimiento. Una asignación no es vinculante hasta que nosotros recibamos y acusemos recibo por escrito del original o la copia de la asignación antes del pago del beneficio. No garantizamos la validez legal o el efecto de dicha asignación.

Conformidad con estatutos del estado

Si el contrato contiene alguna disposición que no se encuentre conforme con la sección 1271 del Código de Seguros de Texas u otra ley aplicable, no se lo declarará inválido pero se lo interpretará y aplicará como si cumpliera con el capítulo 1271 del Código de seguros y otras leyes aplicables.

Gastos de representación legal

Los gastos de nuestra representación legal, en cuestiones relativas a nuestros derechos, según se establece en el presente contrato, estarán exclusivamente a nuestro cargo. Los gastos de representación legal, en los que incurra una persona cubierta o quien actúe en su representación, dependerán exclusivamente de usted o de la persona cubierta, a menos que se nos hubiese proporcionado una notificación en el debido momento de la reclamación y la oportunidad de proteger nuestros intereses y nosotros no pudimos o nos negamos a hacerlo.

Duplicación de las disposiciones

Si algún cargo se describe como cubierto según dos o más disposiciones, pagaremos solo según la disposición que permita el mayor beneficio. Es posible que esto demande hacer una revaluación teniendo en cuenta tanto los montos ya pagados como los que restan por pagar. No estamos obligados a pagar otros beneficios que no se encuentren en el presente contrato.

Totalidad del contrato

La aplicación, adhesión, enmienda, anexos y el contrato constituyen la totalidad del acuerdo entre las partes.

Ninguna modificación o enmienda al presente contrato será válida a menos que lo apruebe el Presidente, secretario o vice presidente. Deberá adjuntarse o adherirse la aprobación al presente contrato. Ningún agente tiene autoridad para modificar el presente contrato, desestimar cualquiera de las disposiciones del contrato, extender el plazo del pago de prima o vincularnos haciendo una promesa o representación.

Incontestabilidad

Las declaraciones que usted realice en su solicitud se consideran representaciones no garantías. No se podrá utilizar una declaración para impugnar, anular, cancelar o no renovar el presente contrato, a menos que se encuentre por escrito en la solicitud de inscripción suscripta por usted y se proporcione una copia firmada de la solicitud de inscripción a usted o a su representante personal. Solo se podrá impugnar un contrato individual por fraude o tergiversación intencional de datos relevantes en una solicitud de inscripción.

Acción legal

La persona cubierta deberá haber agotado sus derechos bajo las disposiciones de Apelaciones, quejas y derechos de revisión externa antes de iniciar acciones legales en nuestra contra. No podrá iniciarse una

demanda con respecto a los beneficios del presente contrato después de los tres años de haberse vencido la última de:

- la fecha en que nosotros primero denegamos el servicio o reclamación, pagamos menos de lo que usted creía adecuado o que no pagamos oportunamente la reclamación; o
- 80 días después de una terminación final de una apelación presentada oportunamente.

Ajuste de la prima

Si se determina que se omitió o es inexacta la información acerca de la edad o del estado de fumador de una persona cubierta, haremos un ajuste de la prima equitativo. Esta disposición aplica por igual a la persona cubierta y a nosotros.

Aviso de reclamación

En general, el médico o proveedor nos facturará cualquier servicio que reciba una persona cubierta.

Si la persona cubierta recibe un servicio que el médico o proveedor no nos facturará, la persona cubierta deberá enviar a Sendero un Formulario de reclamación médica completo junto con los documentos exigidos. El Formulario de reclamación médica puede encontrarse en el Portal para el miembro o usted podrá ingresar en www.SenderoHealth.com. La persona cubierta deberá enviar por correo el Formulario de reclamación médica a la dirección indicada en el formulario, tenga en cuenta que los Formularios de reclamación médica no pueden enviarse por correo o fax. Debemos recibir el Formulario de reclamación médica dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que se recibió el servicio o tan pronto como sea razonable, pero antes de los 95 días de la fecha del servicio.

En el caso de atención de emergencia recibida y proporcionada fuera de los Estados Unidos, la información que una persona cubierta deberá entregar con su reclamación completa incluye, entre otros:

- comprobante de pago al proveedor extranjero por los servicios proporcionados;
- información médica completa o registros;
- comprobante de viaje al país extranjero tales como los pasajes de avión o las sellos del pasaporte; y
- los honorarios del proveedor extranjero, si el proveedor utiliza una agencia para facturar.

En un plazo que no supere los 15 días posteriores a la fecha en la que se recibamos la reclamación, acusaremos recibo de la reclamación y la investigaremos. Es posible que necesitemos obtener información adicional que razonablemente creamos que es obligatoria que incluye entre otros:

1. autorizaciones para la divulgación de información médica que incluye los nombres de todos los proveedores de parte de quien la persona cubierta recibió los servicios;
2. los registros o la información médica de parte de cualquier proveedor;
3. información acerca de otra cobertura de seguros; y
4. cualquier información que necesitemos para administrar los términos del presente contrato.

Lo notificaremos a usted por escrito de la aceptación o rechazo de la reclamación dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha en la que recibamos la información solicitada para realizar la determinación. Si rechazáramos la reclamación, indicaremos las razones. Si no pudiéramos aceptar o rechazar la reclamación al término de los 15 días hábiles, lo notificaremos acerca de las razones por las que necesitamos más tiempo. Aceptaremos o rechazaremos la reclamación en un plazo que no excederá los 45 días posteriores a la fecha de la notificación.

Si le notificamos que pagaremos la reclamación o parte de la misma, haremos el pago dentro de los 5 días hábiles después de la notificación. Si el pago está condicionado a que usted realice una acción, pagaremos la reclamación dentro de los 5 días hábiles después de que usted lo haga.

Si usted no coopera o proporciona la información necesaria, podremos recuperar los pagos que hayamos hecho y denegar cualquier reclamación pendiente o subsiguiente para la cual se solicitara la información, a menos que nosotros hubiéramos autorizado previamente los servicios y se hubiera determinado que son médicamente necesario o apropiados. También tenemos derecho a terminar el presente contrato.

Sin embargo, sus reclamaciones no se verán reducidas o denegadas ni el presente contrato terminado si no fuera razonablemente posible brindar dicha prueba.

Nuestra relación con los proveedores

Los proveedores participantes no son nuestros agentes, empleados o socios. Los proveedores participantes son contratistas independientes. No adherimos o controlamos el juicio clínico o la recomendación de tratamiento que realice un médico o proveedor participante.

Nada de lo que contenga el presente contrato o cualquier acuerdo o documento de reembolso está destinado a interferir o interferirá con la comunicación entre usted y su profesional de la salud en lo que respecta a su estado de salud u opciones de tratamiento. Cuando se soliciten autorizaciones y servicios, los médicos y proveedores participantes están actuando en su nombre. Todas las decisiones que se tomen en relación con la atención del paciente son responsabilidad del paciente y de los médicos o proveedores participantes sin importar cualquier determinación de cobertura que hayamos hecho o hagamos. No somos responsables de ninguna inexactitud que cometa algún proveedor con respecto al ámbito de los servicios cubiertos o no cubiertos según se establece en su contrato. Si tiene alguna consulta respecto de su cobertura, sírvase comunicarse con el Departamento de servicio al cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Derechos que afectan nuestra obligación de pagar

Su obligación de colaborar con el proceso de recuperación.

La persona cubierta está obligada a cooperar y ayudarnos y a nuestros agentes con el fin de proteger nuestros derechos de recuperación mediante:

- la notificación inmediata acerca de su posible reclamación;
- la obtención de nuestro consentimiento antes de eximir a un tercero de la responsabilidad de pago de gastos médicos;
- la provisión de una copia de cualquier notificación legal que surja de una lesión de la persona cubierta y su tratamiento;
- el inicio de todas las acciones para ayudar a hacer cumplir los derechos de recuperación y no hacer nada después de la enfermedad, lesión corporal o accidente para perjudicar nuestros derechos de recuperación; y
- abstenerse de designar todo (o cualquier parte desproporcionada) de cualquier recuperación exclusivamente de dolor y sufrimiento.

Si usted no coopera con nosotros, tendremos derecho a recuperar cualquier pago que le hayamos hecho.

Derecho a solicitar información

La persona cubierta deberá cooperar con nosotros y cuando lo solicitemos ayudarnos con lo siguiente:

- La autorización de la divulgación de información médica que incluye los nombres de todos los proveedores de parte de quien se recibió atención;
- Obtener información médica o registros por parte de los médicos o proveedores según lo solicitemos;
- Proporcionar información respecto de las circunstancias de la enfermedad, lesión corporal o accidente;
- Proporcionar información acerca de otros beneficios de cobertura que incluyen la información relacionada con cualquier lesión corporal o enfermedad por la cual un tercero pudiera ser responsable de pagar una compensación o brindar un beneficio; y
- Proporcionar información que solicitemos para la administración del contrato.

Si usted no coopera o proporciona la información necesaria, podremos recuperar los pagos que hayamos hecho y denegar cualquier reclamación pendiente o subsiguiente para la cual se solicitara la información, a menos que nosotros hubiéramos aprobado los servicios con antelación.

No duplicación de los beneficios de Medicare

No duplicaremos los beneficios por gastos que Medicare pague si es el pagador primario.

En todos los casos, la coordinación de los beneficios con Medicare y las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la enmienda estará conforme a los Reglamentos y estatutos federales.

A los fines de esta sección, Medicare significa Título XVIII, Parte B de la Ley de seguridad social según se haya promulgado o enmendado.

Coordinación de los beneficios

La presente disposición de Coordinación de los beneficios (COB, por sus siglas en inglés) aplica cuando una persona tiene cobertura de atención de salud por parte de más de un plan. Usted no deberá tener otra cobertura de plan de salud según los reglamentos ACA. El Plan se define debajo.

Las siguientes son definiciones aplicables a la presente provisión COB, Sección 9.3, "Plan" de Coordinación de beneficios se refiere a cualquiera de las siguientes que proporcione beneficios o servicios de atención médica o dental o tratamiento.

El Plan incluye: accidentes grupales, generales o franquicias y pólizas de seguro de salud, excluye la cobertura de protección del ingreso por discapacidad; la evidencia de cobertura de la organización del mantenimiento de la salud individual y grupal; pólizas de seguro de salud y accidente individual; planes de beneficios de proveedor preferido individual o grupal y planes de beneficios de proveedor exclusivo; contratos de seguro grupal, contratos de seguros individuales, y contratos de suscriptores que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo individuales o grupales; cobertura de beneficio limitada que no está destinada a suplementar pólizas individuales o grupales en vigencia; acuerdos no asegurados de cobertura grupal o de ese tipo; la cobertura de beneficios médicos en los contratos de seguro automovilístico; y beneficios gubernamentales como lo permita la ley.

El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; Grupo de seguros de salud de Texas; cobertura de seguros de compensación laboral; cobertura por indemnización por internación u otra cobertura de indemnización fija; cobertura por enfermedad específica; cobertura por beneficio suplementario; cobertura solo por accidente; cobertura por accidente específica; coberturas por accidentes de tipo escolar que cubre a los estudiantes por accidentes solamente, esto incluye las lesiones deportivas por un período de "24 horas" o "en el camino desde y hacia la escuela"; beneficios establecidos en contratos de seguros de cuidados a largo plazo para servicios no médicos por ejemplo, atención personal, centro de cuidado diurno para adultos, servicios de trabajo domésticos, asistencia con actividades de la vida diaria, atención de relevo, cuidado asistencial o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos o la recepción de los servicios; pólizas suplementarias de Medicare; un plan estatal bajo Medicaid, un plan gubernamental que por ley proporciona beneficios que excedan los de cualquier plan de seguros privado; u otro plan no-gubernamental o un acuerdo contractual de seguro de salud y accidente individual que está diseñado para integrarse en su totalidad con otras pólizas a través de un deducible variable.

Cada contrato de cobertura es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las normas COB aplican solamente a uno de los dos, se trata a cada una de las partes como un plan separado. Además, si un arreglo tiene dos partes y las normas COB aplican solamente a uno de los dos, cada una de las partes es un plan separado.

"Este Plan" es la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención de salud a los que aplica la disposición COB.

El orden de las normas para la determinación del beneficio determina si este Plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica de más de un plan. Cuando este Plan es primario, determina el pago para sus beneficios primero, antes de aquellos de cualquier otro plan, sin

considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este Plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y podrá reducir los beneficios que pague para que todos los beneficios de los planes igualen el 100 por ciento del total de gastos permitidos.

"Gasto permitido" se trata de un gasto de atención médica que incluye deducibles y copagos que está cubierto, a menos en parte, por cualquier plan que cubra al miembro. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor efectivo razonable de cada servicio será considerado un gasto permitido y un beneficio pago. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona, no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor de salud o médico, que por ley o de acuerdo con un acuerdo contractual, tiene prohibido cobrar a una persona cubierta, no es un gasto permitido.

La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semi-privada y una habitación privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura por gastos de habitación hospitalaria privada.

Orden de las normas para la determinación del beneficio

Cuando un Miembro esté cubierto por dos o más planes, las normas para determinar el orden de pagos por beneficios es el siguiente:

- El plan primario paga o proporciona los beneficios de acuerdo con los términos de su cobertura y sin importar los beneficios dispuestos en cualquier otro plan.
- Con excepción de lo dispuesto en la Sección 8(2) (h), un plan que no contiene una disposición COB que esté en consonancia con el presente contrato siempre es primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es primario.
- La cobertura que se obtenga en virtud de la membresía en un grupo que esté diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que dicha cobertura complementaria deberá exceder cualquier otra por parte del plan provisto por el titular. Ejemplos de este tipo de situación son las coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios quirúrgicos y hospitalarios de plan básico, y las coberturas del tipo de seguros que se encuentran redactadas en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- Un plan podrá considerar los beneficios están pagados o proporcionados por otro plan al calcular el pago de sus beneficios sólo cuando es secundario a ese otro plan.
- Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario deberá pagar o proporcionar beneficios como si fuese el plan primario cuando una persona cubierta use un médico o proveedor de atención médica que no esté en el contrato, con excepción de los servicios de emergencia o de las remisiones autorizadas que el plan primario pague o proporcione.
- En el caso de que se trate a los múltiples contratos que proporcionen cobertura coordinada como si fueran un solo plan según el presente subcapítulo, la presente sección aplica sólo al plan en su totalidad, y la coordinación de los contratos que lo componen esta regida por los términos de los contratos. Si más de una compañía de seguros paga y proporciona beneficios bajo el plan, la compañía de seguros designada como primaria dentro del plan deberá ser responsable del cumplimiento del plan con este subcapítulo.
- Si una persona se encuentra cubierta por más de un plan secundario, el orden de las normas para determinar los beneficios del presente subcapítulo decide el orden en el que los beneficios de los

planes secundarios se determina en relación a cada uno. Cada plan secundario deberá tener en cuenta los beneficios del plan o planes primario(s) y los beneficios de cualquier otro plan que, según las normas del presente contrato, tiene sus beneficios determinados antes de los del plan secundario.

- Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes normas que apliquen.
- No dependiente o dependiente. El plan que cubre a un miembro no como dependiente, por ejemplo: un empleado, miembro, titular de un contrato, suscriptor o jubilado, es el plan primario; y el plan que cubre al miembro en su carácter de dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el miembro es beneficiario de Medicare y, según lo establece la ley federal, Medicare es secundaria al plan que cubre al miembro como dependiente y primario al plan que cubre al miembro no como dependiente, entonces el orden de beneficios entre los dos planes se invierte a fin de que el plan que cubre al miembro en su carácter de empleado, miembro, titular de un contrato, suscriptor o jubilado, es el plan secundario y el otro es el plan primario.
- Niño/a dependiente cubierto bajo más de un plan. A menos que una orden judicial lo establezca de otro modo, los planes que cubran a un/a niño/a dependiente deberán determinar el orden de los beneficios usando las siguientes normas que aplican.
- En el caso de un niño/a cuyos padres estén casados o vivan juntos sin importar si alguna vez estuvieron casados:
 - el plan del padre/madre cuyo cumpleaños cae antes en el calendario anual es el plan primario; o si ambos padres cumplen el mismo día, el plan que haya cubierto durante más tiempo a cualquiera de los padres será el plan primario.
- En el caso de un niño/a cuyos padres estén divorciados, separados o no vivan juntos, sin importar si alguna vez estuvieron casados:
 - si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño/a dependiente o de su cobertura médica, y el plan del padre/madre tiene conocimiento real de dichos términos, dicho plan es el primario. Esta norma aplica a los años posteriores a que se haya notificado al plan del decreto del tribunal.
 - Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del niño/a dependiente o de su cobertura médica, las disposiciones de la Sección 8.ii. (a) deberán determinar el orden de los beneficios.
 - si una orden judicial establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos tiene responsabilidad de los gastos de atención médica o cobertura de atención médica del niño/a dependiente, las disposiciones de la Sección 8. ii. (a) deberá determinar el orden de los beneficios.
 - si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica del niño/a dependiente o de su cobertura médica, el orden de los beneficios para la atención médica del niño/a será de la siguiente manera:
 - el plan que cubre al padre/madre que tenga la custodia;
 - el plan que cubre al esposo/a del padre/madre que tenga la custodia;
 - el plan que cubre al padre/madre que no tenga la custodia; y
 - el plan que cubre al esposo/a del padre/madre que no tenga la custodia;
- Para un niño/a dependiente cubierto/a bajo más de un plan de individuos que no sean los padres del niño/a, las disposiciones de la Sección 8.ii.(a) o 8.ii.(b) deberán determinar el orden de los beneficios como si dichos individuos fueran los padres del niño/a.

- Para un niño/a dependiente que tiene cobertura de los planes de uno de los padres o de ambos y tiene su propia cobertura como dependiente según el plan del esposo/a, se aplica la sección 8.v.
- En caso de que la cobertura del niño/a dependiente bajo el plan del esposo/a haya comenzado en la misma fecha que la cobertura del niño/a dependiente bajo el plan de uno o ambos padres, el orden de los beneficios se determinará aplicando la norma de cumpleaños de la Sección 8.ii.(a) a el/los padre(s) del niño/a dependiente y a el/la esposa/o de la persona dependiente.
- Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a un miembro como empleado activo, es decir un empleado que no esté ni despedido ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre al mismo miembro como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo vale para una persona dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido, o como persona dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta norma, y como resultado, los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, esta norma no aplica. Esta norma no aplica si la Sección 8.ii puede determinar el orden de los beneficios.
- COBRA o Cobertura de continuidad estatal. Si un miembro que recibe cobertura de COBRA o de un derecho de continuidad proporcionado por una ley estatal u otra federal está cubierto por otro plan, el plan que cubra a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubra al miembro como persona dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario; y la cobertura COBRA, o de continuidad estatal u otra federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta norma y como resultado los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, la presente norma no aplica. Esta norma no aplica si no se puede determinar el orden de los beneficios.
- Período de cobertura mayor o menor. Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto durante más tiempo al miembro como empleado, miembro, titular del contrato, suscriptor o jubilado es el plan primario, y el plan que haya cubierto durante menos tiempo a la persona es el plan secundario.
- Si las normas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deberán compartirse equitativamente entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, el presente Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiese sido el plan primario.

Efecto en los beneficios del presente Plan

La presente sección aplica cuando este Plan es secundario, de acuerdo con la determinación del orden de beneficios que se detalló antes. En este caso, los beneficios de este Plan se podrán reducir a fin de que los beneficios totales que todos los planes paguen o proporcionen no excedan los gastos totales permitidos. Para determinar el monto que se pagará por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado de no haber habido otra cobertura de atención médica y aplicará ese monto calculado a cualquier gasto permitido bajo su plan que se encuentre impago por el plan primario. El Plan secundario entonces reducirá su pago al monto a fin de que, cuando se combine con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o provistos por todos los planes para la reclamación igualen el 100 por ciento del total de gastos permitidos por dicha reclamación. Además, el plan secundario deberá acreditar al deducible de su plan cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible de no existir otra cobertura de atención médica.

Facilidad de pago

Un pago realizado bajo otro plan podrá incluir un monto que debería haberse pagado bajo este Plan. Si

es así, Sendero pagará el monto a la organización que realizó el pago. El monto entonces será tratado como si hubiese sido un beneficio pagado bajo este Plan. Sendero no tendrá que pagar el monto nuevamente. El término "pago realizado" incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en tal caso, "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo por los beneficios proporcionados en forma de servicios.

Divulgación de información

Para los fines de la presente Evidencia de Cobertura, Sendero podrá; sujeto a los requisitos de confidencialidad aplicables establecidos en la presente Evidencia de cobertura, divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización información necesaria para implementar dichas disposiciones de Coordinación de los beneficios. Cualquier miembro que reclame beneficios bajo la presente Evidencia de Cobertura deberá facilitar a Sendero toda la información que éste estime necesaria para implementar estas disposiciones de Coordinación de los beneficios.

Derecho de reembolso

Si pagamos beneficios y usted recupera o tiene derecho a recuperar beneficios de otra cobertura o de cualquier tercero legalmente responsable, tenemos derecho a recuperar de usted el monto que hayamos pagado.

Deberá notificarnos por escrito dentro de los 31 días de cualquier pago de beneficio, acuerdo, compromiso o sentencia. Si usted desestima o impide que ejerzamos nuestro derecho a reembolso, suspenderemos el pago de servicios pasados o futuros hasta que todas las obligaciones pendientes se resuelvan.

Si usted recupera el pago y libera de responsabilidad legal a un tercero por gastos médicos futuros relacionados con una enfermedad o lesión corporal, tendremos derecho permanente de reclamarle a usted el reembolso. Este derecho, sin embargo, aplicará solamente en la medida que la ley lo permita.

Esta obligación de reembolso existe en su totalidad, sin importar si el acuerdo, compromiso o sentencia designan que la recuperación incluye o excluye los gastos médicos.

Nuestro derecho de subrogación

En la medida en que la ley de Texas lo permita, tenemos derecho a recuperar los pagos que usted haya recibido por parte de terceros, por negligencia o cualquier acto intencional que tenga como consecuencia una enfermedad o lesión corporal, por la cantidad que hayamos pagado en concepto de servicios. Como condición por recibir nuestros beneficios, usted acuerda asignarnos cualquier derecho que pueda tener a presentar una reclamación, iniciar acciones legales o recuperar cualquier gasto pagado por beneficios que cubra el presente contrato.

Si se nos imposibilita ejercer nuestro derecho a la subrogación, ejerceremos nuestro derecho al reembolso.

Asignación de derechos de recuperación

Si su reclamación contra el asegurador es denegada o parcialmente pagada, procesaremos dicha reclamación de acuerdo con los términos y condiciones del presente contrato. Si realizamos un pago en su nombre, usted acuerda que cualquier derecho que tenga contra el otro asegurador por gastos médicos

que paguemos se nos asignará.

Derecho a solicitar sobrepagos

Nos reservamos el derecho a recuperar cualquier pago realizado que:

- hayamos realizado por error;
- que le hayamos hecho a usted o cualquier parte en su nombre, en caso que determinemos que dicho pago realizado es mayor que el monto pagadero según el presente contrato;
- que le hayamos hecho a usted o cualquier parte en su nombre, basándonos en una malinterpretación fraudulenta o intencional de un hecho material; o
- que le hayamos hecho a usted cualquier parte en su nombre por cargos que se hayan descontado, desestimado o reembolsado.

Nos reservamos el derecho a ajustar cualquier monto aplicado por error a cualquier deducible o máximo de gastos de bolsillo.

Derecho a solicitar un examen médico

Tenemos derecho a examinar o realizar una autopsia a la persona cubierta mientras que la reclamación esté pendiente, a menos que esté prohibido por ley. Estos procedimientos se llevarán a cabo tan pronto como estimemos razonablemente necesario para determinar los beneficios del contrato, a nuestro costo.

Asistencia médica pública estatal

Si una persona cubierta recibió asistencia médica de un programa bajo la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas mientras se encontraba asegurada por el presente contrato, reembolsaremos al programa el costo real de los gastos médicos que el programa pague a través de la asistencia médica, si dicha asistencia se pagara por un Gasto cubierto para los cuales se pagan los beneficios bajo el presente contrato, y si recibiéramos notificación oportuna de la Comisión o su plan médico designado, sobre el pago de dicha asistencia. Cualquier reembolso que hagamos a la Comisión o a su plan de salud designado nos liberará en la medida del reembolso. Esta disposición aplica solamente en la medida en que no le hayamos pagado todavía los gastos de una reclamación ni a usted ni al proveedor.

Si la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas está pagando asistencia médica y financiera para un niño/a y usted es el padre/madre que realizó el presente contrato o el padre/madre cubierto por el presente contrato y tiene la tenencia o acceso al niño/a o no tiene derecho a la tenencia o acceso al niño/a pero está obligado por el tribunal a pagar manutención infantil, todos los beneficios que se paguen en nombre del niño/a(s) según el presente contrato deberán pagarse a la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas.

Debemos recibir notificación por escrito adjuntada a la reclamación cuando se establezca primero que los beneficios deberán pagarse directamente a la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas.

Plazo del pago de las reclamaciones

Los pagos que, según el presente contrato, deban efectuarse a los médicos y proveedores participantes se realizarán de acuerdo con las leyes correspondientes de pago pronto de las reclamaciones de Texas.

Primas impagas

Si se adeuda o vence una prima y se realiza el pago de una reclamación según se establece en el presente contrato, la prima adeudada o vencida podrá deducirse del pago adeudado por la reclamación.

Compensación laboral

El presente contrato no se podrá ejecutar en vez de cualquier Compensación laboral o Seguro de enfermedad ocupacional.

Definiciones

Las siguientes son definiciones de los términos como se los utiliza en el presente contrato.

Lesión cerebral adquirida significa un traumatismo neurológico al cerebro, el cual no es hereditario, congénito, o degenerativo. La lesión al cerebro ha ocurrido después del nacimiento y tiene como resultado un cambio en la actividad neuronal, que tiene como consecuencia una deficiencia del funcionamiento físico, proceso sensorial, cognitivo, o conducta psicosocial.

Diagnóstico por imágenes avanzado, a los fines de esta definición, esto incluye: Resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), Angiografía de resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), Tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), Tomografía computarizada de emisión por fotón único (SPECT, por sus siglas en inglés), Tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) y medicina nuclear.

Crédito impositivo anticipado para el pago de primas se refiere a los pagos que realiza el gobierno federal mensualmente en su nombre directamente a la comunidad, lo que disminuye su pago de prima mensual.

Determinación adversa se refiere a una determinación tomada por nosotros o un agente según la que se establezca que los servicios de salud prestados o propuestos para ser prestados a un paciente no son médicamente necesarios, o son experimentales o de investigación. El término no incluye una denegación de servicios de atención médica por no solicitar una revisión de utilización prospectiva o concurrente. En el caso de los medicamentos recetados, se trata de una determinación adversa si nos negamos a proporcionar beneficios porque el medicamento no se encuentra en el Formulario de medicamentos recetados y su médico ha determinado que dicho medicamento es médicamente necesario.

Ley de Cuidado de la Salud Asequible se refiere a la Ley de protección al paciente y Cuidado de la Salud asequible del 2010 (Pub. L. 111-148), según la enmienda de la Ley de reconciliación de educación y atención médica del 2010 (Pub. L. 111-152).

Apelación se refiere a nuestro proceso formal mediante el cual una persona cubierta, un individuo que actúe en nombre de una persona cubierta o un proveedor de una persona cubierta que figure en el registro podrá solicitar una reconsideración de una determinación adversa o denegación de los beneficios.

Servicios de atención médica básica se refiere a los servicios de salud que el comisionado determina que los individuos inscritos pueden llegar a necesitar para mantenerse en buen estado de salud.

Lesión corporal se refiere a un daño físico, que no sea una enfermedad, incluye todas las afecciones y síntomas recurrentes que resulten de un traumatismo físico repentino que no se pudo evitar o predecir con antelación. Dicha lesión corporal deberá ser la causa directa de la pérdida, independientemente de cualquier enfermedad, lesión corporal o cualquier otra causa. El daño físico producto de una infección o distensión muscular por actividad física o atlética se considera una enfermedad y no una lesión corporal.

Trasplante de médula ósea se refiere al trasplante de células precursoras de la sangre que se administran a un paciente después de haber recibido una dosis alta de quimioterapia ablativa o mielo supresora. Dichas células podrán extraerse de la médula espinal, la sangre en circulación o una combinación de ambas y se obtienen del paciente durante un trasplante autólogo de un donador, familiar o no, compatible o de sangre del cordón. Si la quimioterapia forma parte del tratamiento integral que supone el trasplante de órgano cubierto de médula ósea, el término médula espinal incluye la extracción, el trasplante y los componentes para la quimioterapia.

Medicamento de marca se refiere a un medicamento, droga o medicación que fabrique y distribuya una sola empresa farmacéutica o cualquier medicamento que haya sido designado como "de marca" por una fuente reconocida en la industria y utilizada por nosotros.

Año calendario se refiere al período de tiempo que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre del mismo año. El primer año calendario para una persona cubierta comienza en la fecha en que los beneficios del presente contrato entraron en vigencia por primera vez para dicha persona cubierta y termina el 31 de diciembre del mismo año.

Terapia de comunicación cognitiva se refiere a los servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión que incluyen la comprensión, lectura, escritura y expresión de información.

Terapia de rehabilitación cognitiva se refiere a los servicios diseñados para abordar actividades cognitivas terapéuticas teniendo como base la evaluación y comprensión del déficit cerebro-conductual del individuo.

Terapia de reintegración a la comunidad se refiere a los servicios que facilitan la continuidad de la atención cuando un individuo afectado inicia la transición a la comunidad.

Farmacodependencia se refiere al abuso o la dependencia física o psicológica de, o la adicción al alcohol o a una sustancia controlada.

Ensayos clínicos se refiere a un estudio o investigación clínica que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad mortal y que esté aprobado por:

- Los Centros de Control de Enfermedades y Prevención (CDC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés); la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés); el Departamento de Defensa de los EE. UU. (DOD, por sus siglas en inglés); el Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. (VA, por sus siglas en inglés) o una junta

de revisión institucional de una institución de este estado que tenga un convenio con la Oficina de Protección para la Investigación en Humanos (OHRP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés); la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica; los centros de servicios de Medicare y Medicaid; el Departamento de energía.

Centros de emergencias comparables se refiere a (i) cualquier centro fijo o móvil que incluya, entre otros, Centros de traumatismos nivel V y Clínicas de salud rurales que tengan personal con licencia o certificación y equipo para proporcionar Soporte vital cardíaco avanzado (ACLS, por sus siglas en inglés) que estén en consonancia con los estándares de atención de la Asociación estadounidense de cardiología (AHA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad estadounidense de traumatismos (ATS, por sus siglas en inglés); a los fines de atención de emergencia relacionada con enfermedad mental, centro de salud mental que pueda brindar servicios residenciales y psiquiátricos las 24 horas y que sea: (I) un centro gestionado por el Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texas; (II) un hospital de salud mental privado con licencia del Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texas; (III) un centro comunitario como se establece en la sección 534.00 I del Código de salud y seguridad de Texas; (IV) una institución gestionada por un centro comunitario u otra entidad del Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texas designada para prestar servicios de atención de salud mental; una parte identificable de un hospital general en el que se brinde diagnóstico, tratamiento y atención para personas con una enfermedad mental y que tenga licencia del Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texa; o (IV) un hospital gestionado por una agencia federal.

Queja se refiere a cualquier disconformidad que un reclamante manifiesta, verbalmente o por escrito, a una organización del mantenimiento de la salud con respecto a cualquier aspecto de las actividades de la organización del mantenimiento de la salud. El término incluye la disconformidad con la administración del plan; los procedimientos asociados con la revisión o apelación de una determinación adversa; la denegación, reducción o terminación de un servicio por motivos que no estén relacionados con la necesidad médica; la manera en la que se presta un servicio; y una decisión de desafiliación. Una queja no incluye los malentendidos ni los errores de información que se resuelven prontamente aclarando el malentendido o brindando la información correcta de manera satisfactoria para el afiliado, ni una declaración verbal o escrita de la persona cubierta o el proveedor en la que se expresa disconformidad o desacuerdo con una determinación adversa.

Reclamante se refiere a una persona cubierta, profesional de la salud, proveedor u otro individuo designado para representar a la persona cubierta que presenta una queja.

Internado/internación se refiere a la condición de paciente residente en un hospital o centro de tratamiento médico que reciba servicios de internación. Internar no significa retener al paciente para su observación.

Las internaciones consecutivas se consideran una sola internación si se:

- debe a las mismas lesiones corporales o enfermedades; y
- se encuentran separadas por menos de 30 días consecutivos en los que la persona cubierta no estuvo internada.

Plan de beneficios de salud a elección del consumidor se refiere al contrato de seguro por accidente o enfermedad grupal o individual, o la evidencia de cobertura que, en su totalidad o en parte, no ofrece o

proporciona beneficios de salud exigidos por el estado, pero proporciona cobertura acreditable como se define en el Código de seguro de Texas § 1205.004(a) o 1501.102(a).

Contrato se refiere al presente documento junto con cualquier enmienda, anexos y adhesiones que describan el acuerdo entre usted y nosotros.

Titular del contrato se refiere a la persona a quien se le emite el presente contrato.

Denegación contractual se refiere a cualquiera de los siguientes: una denegación, reducción o terminación de, o la imposibilidad de proporcionar o realizar un pago (en su totalidad o en parte) por un beneficio, esto incluye dicha denegación, reducción o terminación de, o la imposibilidad de proporcionar o realizar un pago que se base en la determinación del titular o su elegibilidad para participar en un plan y la rescisión del presente contrato.

Copago se refiere a un monto específico en dólares o un monto expresado en porcentajes como se muestra en la lista de beneficios que usted está obligado a pagar a un médico o proveedor por los gastos cubiertos de ciertos beneficios especificados en el presente contrato, cada vez que se recibe un servicio cubierto sin importar los montos que nosotros paguemos. Ningún copago se aplica al deducible.

Cirugía cosmética se refiere a la cirugía, procedimiento, inyección, medicamento o tratamiento principalmente diseñado para mejorar la apariencia, autoestima o imagen física, o para aliviar o prevenir un padecimiento social, emocional o psicológico.

Participación de costo se refiere al deducible o copago que deberá pagar la persona cubierta por los medicamentos recetados.

Servicio cubierto se refiere al servicio o suministro que cubre el presente contrato y que es médicamente necesario y apropiado. Para que se trate de un servicio cubierto, éste no deberá ser Experimental o de investigación, o de otro modo limitado o excluido por el presente contrato o cualquier enmienda.

Trasplante de órgano cubierto se refiere solamente a los servicios, la atención y el tratamiento recibido o relacionado con el trasplante de órganos aprobado previamente que se identifican en la sección Beneficios del contrato y que son médicamente necesarios y que no son experimentales o para investigación. El trasplante de múltiples órganos, cuando se realiza simultáneamente, se lo considera un sólo trasplante.

Persona cubierta se refiere a cualquiera que cumpla con los requisitos para recibir los Beneficios del contrato como persona cubierta.

Cuidado asistencial se refiere a los servicios que se proporcionan a una persona cubierta si:

- La persona cubierta necesita servicios que incluyan, pero no limitados a: asistencia para vestirse, bañarse, preparar y consumir dietas especiales, caminar, ingresar y salir de la cama y mantener continencia y supervisión de los medicamentos que habitualmente se toman de manera autónoma; o
- Los servicios que se solicitan están destinados principalmente a mantener y no son factibles que mejoren la condición de la persona cubierta.

Podremos considerar que los servicios son de Cuidado asistencial incluso si:

- La persona cubierta se encuentra bajo la atención de un profesional de la salud;

- Un profesional de la salud solicita los servicios para respaldar o mantener la condición de la persona cubierta;
- Un/a enfermero/a se encuentra prestando los servicios; o
- Los servicios incluyen el uso de habilidades que pueden enseñarse a un individuo cualquiera y no exigen la destreza técnica de un/a enfermero/a.

Deducible se refiere al monto de gastos cubiertos en el que pueden incurrir un individuo y/o una familia durante el período de un año del plan y que están obligados a pagar antes de que se aplique cualquier copago. Este monto se aplicará teniendo en cuenta el plan anual y no aplica a ciertos servicios. Los deducibles se muestran en la lista de beneficios.

Uno o más de los siguientes deducibles podrán aplicar a los servicios cubiertos:

- Deducible médico. El monto de gastos cubiertos en el que incurrirá un individuo y/o una familia durante el período del año del plan antes de que los beneficios sean pagaderos y antes de que se aplique cualquier copago. El deducible médico no se aplica a los servicios preventivos, los medicamentos recetados o las 3 primeras visitas al consultorio de cuidados primarios.
- Deducibles familiares, por año calendario, una vez que el número de deducibles individuales, como se muestra en la lista de beneficios se cumplan, no se deberán pagar más deducibles individuales por el resto del mismo año calendario.
- Deducible de medicamentos recetados. El monto de gastos por la compra de medicamentos recetados que cada persona cubierta deba hacer cada año del plan antes de que se aplique cualquier copago. Estos gastos no aplican a ningún otro deducible que se establezca en el presente contrato.

Denegación de los beneficios se refiere a cualquiera de los siguientes: la denegación, reducción o terminación de un beneficio o el no proporcionar un beneficio.

Lesión dental se refiere a una lesión de un diente natural sano causada por una fuerza externa repentina que no pudo predecirse con antelación y no pudo evitarse. No incluye lesiones como resultado de una mordedura o la masticación.

Dependiente se refiere a el/la esposo/a del titular del contrato reconocido/a legalmente, el/la hijo/a natural, el/la hijastro/a, el/la hijo/a adoptado legalmente, un niño/a dado en adopción o un niño/a de quien el titular del contrato es la parte que busca adoptar en un juicio de adopción, un niño/a cuya edad es menor a la edad límite, un niño/a cuya edad es menor a la edad límite y para quien usted ha recibido la orden judicial o administrativa de brindar cobertura hasta que dicha orden ya no esté en vigencia; el/la niño/a que está inscripto para recibir un seguro de salud comparable o se inscribirá en una cobertura comparable que tendrá efecto en la fecha efectiva de cancelación o no renovación, un nieto/a soltero/a si se trata de una persona dependiente al momento de la solicitud a los fines del impuesto federal sobre la renta, cuya edad es menor que la edad límite o el/a hijo/a adulto/a del titular del contrato si cumple con las siguientes condiciones:

- supera la edad límite para un niño/a;
- no está casado/a;
- es discapacitado mental o físico permanente; y
- es incapaz de tener un empleo para subsistir.

Para que el hijo/a dependiente adulto cubierto siga siendo elegible como se lo especifica antes, deberemos recibir notificación dentro de los 31 días de que el hijo/a dependiente cubierto haya alcanzado la edad límite para estas condiciones.

Todos los niños, con excepción de aquel que califique por orden judicial o administrativa, deberán cumplir con todas las cualificaciones de un Dependiente según lo determinemos nosotros.

Deberá presentarnos prueba satisfactoria si la solicitamos que la condición, como se la define en los ítems anteriores, persiste en y después de la fecha en que se alcance la edad límite. Después de dos años de la fecha en que se presentó la primera prueba, es posible que no solicitemos dicha prueba más de una vez al año. Si no se nos entrega prueba satisfactoria, la cobertura del hijo/a no continuará más allá de la última fecha de elegibilidad.

La edad límite para que se considere a un/a niño/a como persona dependiente, según el presente contrato, son los 26 años.

Equipo para diabetes significa:

1. Monitores de glucosa en sangre, incluidos los monitores de glucosa no invasivos y los monitores de glucosa diseñados para que los usen personas ciegas;
2. Bombas de insulina y los accesorios asociados;
3. Dispositivos para infusión de insulina; y
4. Aparatos de podología para la prevención de las complicaciones asociadas con la diabetes.

Suministros para la diabetes significa:

1. Tiras reactivas para los monitores de glucosa en sangre;
2. Tiras reactivas de lectura visual y tiras reactivas para examen de orina;
3. Lancetas y dispositivos para lancetas;
4. Insulina y preparaciones análogas a la insulina,
5. Suministros para inyectar;
6. Jeringas;
7. Agentes orales, de venta libre y con receta, para el control de los niveles de azúcar en sangre;
8. Kits de emergencia de glucagón; y
9. Hisopos con alcohol.

Mamografía de diagnóstico implica la evaluación de nuevas anomalías o de los pacientes con anomalías pasadas que necesitan un seguimiento. Se utilizan para diagnosticar alteraciones inusuales en los senos, como por ejemplo: un bulto, dolor, secreción del pezón, cambio en el tamaño o forma de los senos o antecedentes de cáncer de seno.

Límite de surtido se refiere al límite en la dosis mensual de medicamentos o la cantidad de meses que usualmente se necesite tomar el medicamento para tratar una afección en particular.

Formulario de medicamentos se refiere a la lista de medicamentos recetados, medicinas, drogas y suministros especificados por nosotros e indica los límites de surtido aplicables o cualquier otro requisito de autorización previa o terapia escalonada. Visite nuestro sitio web www.SenderoHealth.com o comuníquese telefónicamente con nuestro Departamento de servicios al miembro al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener el Formulario de medicamentos. El Formulario de medicamentos está sujeto a cambios. Le proporcionaremos una notificación por escrito dentro de los 60 días previos a la fecha de entrada en vigencia de dichos cambios.

Equipos médicos duraderos se refiere al equipamiento que Medicare Parte B define y que cumple con los siguientes criterios:

- Puede soportar un uso repetido;
- Se lo utiliza, principal y comúnmente, con fines medicinales en vez de utilizarse principalmente para su comodidad o conveniencia;
- Usualmente no resulta de utilidad para una persona excepto para tratar una lesión corporal o enfermedad;
- Es médicamente necesario y se lo necesita en caso de que la persona cubierta padezca una lesión corporal o enfermedad;
- No es suministrado típicamente por un hospital o centro de enfermería especializada; y
- Lo receta un profesional de la salud como adecuado para uso en el hogar.

Fecha de entrada en vigencia se refiere a la primera fecha en que se aplican todos los términos y disposiciones del presente contrato. Es la fecha que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Electrónico/electrónicamente significa que se relaciona con tecnología que tiene propiedades eléctricas, digitales, magnéticas, inalámbricas, ópticas, electromagnéticas o similares.

Atención de emergencia se refiere a cualquier servicio proporcionado debido a una lesión corporal o enfermedad que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que harían razonablemente suponer a cualquier individuo prudente, que tenga conocimiento promedio de medicina y salud, que de no ser tratado en forma inmediata, podría:

- Poner en serio peligro la salud del individuo;
- Generar una discapacidad grave en las funciones corporales;
- Provocar una desfiguración grave; o
- Provocar una disfunción grave en algún órgano o alguna parte del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada, resultara en un peligro serio para la salud del feto.

La atención de emergencia no significa ningún servicio para comodidad de la persona cubierta o del proveedor del tratamiento o los servicios.

Experimental o de investigación refiere a cualquier procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, centro o medicamento (todos los servicios) que nuestro Director médico o la persona que el/ella designe determine que:

1. No se trate de un beneficio para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión corporal;
2. No resulte tan beneficioso como cualquier alternativa establecida; o
3. No muestre mejoras fuera del ámbito investigativo.

Un medicamento, producto biológico, dispositivo, tratamiento o procedimiento que cumpla con los siguientes criterios se considerará Experimental o de investigación :

- No puede comercializarse legalmente sin la aprobación final de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para la lesión corporal o enfermedad particular y que no cuente con la aprobación final de la FDA para el uso o uso propuesto, a menos que:
 - Haya sido aceptado para tal uso en la edición más recientemente publicada de Información de medicamentos-farmacopea de los EE.UU. para el profesional de la

- salud (USP-DI, por sus siglas en inglés) o en la edición más reciente de la Información sobre medicamentos del Servicio estadounidense de formulario hospitalario de medicamentos (AHFS, por sus siglas en inglés);
- Haya sido identificado como seguro, ampliamente usado y generalmente aceptado como efectivo para ese uso, según se informe en la bibliografía médica reconocida a nivel nacional y revisada por colegas, publicada en idioma inglés a la fecha del servicio; o
- Sea obligatoria según las leyes estatales;
- Se trata de un dispositivo para el que se exige aprobación previa a su comercialización (PMA, por sus siglas en inglés) o aprobación 51OK de la FDA, pero que no ha recibido ninguna de las dos aprobaciones mencionadas;
- No se lo ha identificado como seguro, ampliamente usado y generalmente aceptado como efectivo para el uso propuesto, según se informe en la bibliografía médica reconocida a nivel nacional y revisada por colegas, publicada en idioma inglés a partir de la fecha del servicio;
- Es sujeto de un ensayo de Fase I, II o III del Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) o cualquier ensayo no reconocido por el NCI, sin importar la fase, con excepción de lo que se establece expresamente en el presente contrato;
- Está identificado como no cubierto por los centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), el Manual de asuntos de cobertura Medicare, la Carta del acuerdo contractual operativo CMS o una Decisión de cobertura nacional CMS, con excepción de lo que dispongan las leyes estatales y federales;

La FDA no ha determinado que el dispositivo está contraindicado para la enfermedad o lesión corporal particular para la cual se ha recetado dicho dispositivo o tratamiento. Los servicios o suministros:

- No son tan efectivos para mejorar el resultado médico y no tan efectivo en cuanto al costo respecto de la tecnología establecida; o
- No son útiles en contextos clínicos adecuados en los que la tecnología establecida no se puede emplear.

Cualquier servicio que no esté cubierto por ser Experimental o de investigación cumple con los requisitos para la revisión de esa determinación por una Revisión externa federal independiente. Consulte el Proceso de apelación para la provisión de la Revisión externa federal independiente en la sección Disposiciones generales del presente contrato.

Miembro de la familia se refiere a usted o su esposo/a o el hijo/a de usted o su esposo/a, hermano/a o padre/madre del esposo/a.

Máximo de gasto de bolsillo familiar se refiere a cada año del plan una vez que una familia ha completado el monto máximo de gastos de bolsillo familiar, como se muestra en la lista de beneficios, ninguna persona cubierta en esa familia tendrá una responsabilidad adicional por gastos de bolsillo para los servicios cubiertos durante el resto del mismo año del plan. La cantidad máxima que cualquier persona cubierta de una familia puede contribuir al máximo de gastos de bolsillo familiar durante un año calendario es el monto que se aplica al máximo de gastos de bolsillo individual.

Mercado de seguros de salud facilitado federalmente se refiere a un mercado estructurado creado por la Ley de Cuidado de la Salud Asequible según la que los individuos calificados y las pequeñas empresas pueden adquirir la cobertura de seguro de salud privada.

Centro quirúrgico independiente se refiere a cualquier establecimiento con licencia, público o privado, que disponga de instalaciones permanentes que estén equipadas y principalmente destinadas a llevar a cabo cirugías de pacientes externos. No brinda servicios ni cuenta con espacio para que el paciente pase la noche.

Medicamento genérico se refiere a un medicamento, droga o medicación que un fabricante farmacéutico tenga disponible, fabrique y distribuya que esté identificada con un nombre químico; o cualquier producto farmacéutico que haya sido designado como genérico por una fuente reconocida en la industria que nosotros usemos.

Profesional de la salud se refiere a un profesional de la salud individual que tenga licencia profesional de la agencia estatal apropiada para diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones corporales, y que proporcione servicios según lo permita dicha licencia. Los servicios de un profesional de la salud no están cubiertos si el profesional reside en el hogar de la persona cubierta o es un miembro de su familia.

Centro de tratamiento se refiere sólo a un centro, institución o clínica debidamente autorizada por la agencia estatal apropiada; y que se encuentre establecida y en funcionamiento según lo permite la licencia. El centro de tratamiento no incluye un centro de tratamiento residencial o un hogar para la reinserción social.

Enfermedad hereditaria se refiere a una enfermedad heredada que puede tener como consecuencia la muerte o incapacidad mental o física.

Agencia de atención médica domiciliaria se refiere a una agencia de atención médica domiciliaria u hospital que cumple con todos los requisitos siguientes:

1. Deberá proporcionar principalmente servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos bajo la supervisión de un profesional de la salud o enfermeros;
2. Deberá estar gestionada de acuerdo con los procedimientos y procesos establecidos por un grupo de profesionales médicos que incluyan a profesionales de la salud y enfermeros;
3. Deberá contar con las historias clínicas de todos sus pacientes; y
4. Deberá contar con licencia de la jurisdicción en la que esté ubicado, si dicha licencia fuese necesaria. Deberá estar gestionada de acuerdo con las leyes de tal jurisdicción que pertenece a las agencias que proporcionen atención médica domiciliaria.

Plan de atención médica domiciliaria se refiere a un plan de atención médica establecido con un proveedor de atención médica domiciliaria. El plan de atención médica domiciliaria deberá contar con:

- Atención por parte o bajo la supervisión de un enfermero/a u otro profesional de la salud, y no para cuidado asistencial;
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria;
- Servicios sociales médicos y nutricionales; o
- Dispositivos médicos, equipos y servicios de laboratorio, si los gastos en los que se incurrieron para dichos suministros hubiesen sido servicios cubiertos durante una internación.

Un profesional de la salud:

- deberá revisar y aprobar el plan de atención médica domiciliaria;
- deberá certificar y verificar que el plan de atención médica domiciliaria es una alternativa a la internación o la internación continuada; y

- no deberá estar relacionado con la agencia de atención médica domiciliaria ya sea por posesión o contrato.

Visita de atención médica domiciliaria se refiere a los servicios de atención médica domiciliaria que proporcione cualquier profesional de la salud durante cuatro horas consecutivas u otra porción similar.

Agencia de cuidados paliativos se refiere a una agencia que:

1. Tiene como propósito principal proporcionar servicios de cuidados paliativos a pacientes terminales; tiene licencia y está gestionada según las leyes del estado en el que esté ubicada; y cumple con los siguientes requisitos:
 - ha obtenido todos las certificaciones obligatorias;
 - proporciona servicios las 24 horas, los siete días de la semana, y está supervisado por un profesional de la salud;
 - tiene un administrador de tiempo completo;
 - guarda registros escritos de los servicios proporcionados a cada paciente; y
 - tiene un coordinador que:
 - es enfermero/a; y
 - cuenta con cuatro años de experiencia en clínica de tiempo completo, durante por lo menos dos de los cuales ha estado a cargo de pacientes terminales; y
 - tenga un coordinador de servicios sociales con licencia.

Programa de cuidados paliativos se refiere a un programa interdisciplinario coordinado que brinda un hospicio diseñado a cubrir las necesidades sociales, espirituales, psicológicas y físicas especiales de una persona cubierta con una enfermedad terminal y sus familiares inmediatos, brindando cuidados paliativos y servicios de apoyo médico, de enfermería y otros servicios a través de la atención hospitalaria o en el hogar. Un hospicio debe:

- Tener licencia según las leyes de la jurisdicción en la que esté ubicado y funcionar como hospicio como lo definen dichas leyes; y
- Proporcionar un programa de tratamiento para por lo menos dos individuos que no estén relacionados y a quienes se haya diagnosticado que no existe perspectiva razonable para la cura de su enfermedad; y según lo estima su profesional de la salud se espera que viva menos de seis meses como resultado de dicha enfermedad.

Solo a los fines de los beneficios de cuidados paliativos, se considera miembro de la familia inmediata al padre/madre, al esposo/a, hijos o hijastros de la persona cubierta.

- Centros de cuidados paliativos; se refiere a un centro con licencia o a un sector de un centro que: principalmente proporcione cuidados paliativos;
- Lleve registro de la historia clínica de cada paciente;
- Tenga un programa de garantía de calidad vigente;
- Tenga un profesional de la salud de guardia en todo momento;
- Proporcione servicios de enfermería especializada las 24 horas bajo la dirección de un/a enfermero/a; y cuente con un administrador de tiempo completo.

Paciente bajo cuidados paliativos se refiere a una persona que padece una enfermedad terminal a quien le quedan 6 meses o menos de vida según lo certifique un profesional de la salud.

Hospital se refiere a una institución que cumple con todos los siguientes requisitos:

1. Deberá, por una tarifa, proporcionar tratamiento y atención médica a pacientes enfermos o lesionados que se encuentren internados.
2. Deberá proporcionar o funcionar, ya sea en sus instalaciones o recintos disponibles para el hospital, previamente dispuestos, instalaciones para atención médica, de diagnóstico y quirúrgicas.
3. La atención y el tratamiento deberán ser proporcionados y supervisados por un profesional de la salud.
4. Los servicios de enfermería deberán brindarse las 24 horas y deberá proporcionarlos o supervisarlos un/a enfermero/a.
5. Deberá tener licencia según las leyes de la jurisdicción en la que esté ubicado; y
6. Deberá funcionar como hospital según lo establecen las leyes; y
7. No deberá tratarse principalmente de un centro para convalecientes, de descanso o enfermería; o
8. Una instalación que proporcione cuidado asistencial, educativo o de rehabilitación. El hospital deberá estar acreditado por una de las siguientes instituciones:
 - La Comisión conjunta de acreditación de hospitales;
 - La Asociación estadounidense de hospitales osteopáticos;
 - La Comisión de acreditación de centros de rehabilitación; o
 - DNV (Det Norske Veritas).

Tarjetas de identificación se refiere a la tarjeta que cada persona cubierta recibe y que contiene su dirección y número de teléfono.

Enfermedad significa alteración en la función o estructura del cuerpo de la persona cubierta que provoca signos o síntomas físicos que si no se tratan tendrán como resultado un deterioro en el estado de salud de la estructura o sistema(s) corporal(es) de la persona cubierta. Los defectos congénitos se tratarán de la misma manera que cualquier otra enfermedad. Las complicaciones en el embarazo se tratarán de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

Tratamiento para la infertilidad se refiere a cualquier tratamiento, suministro, medicamentos o servicio proporcionado para lograr el embarazo, o lograr o mantener la ovulación. Incluye, pero no está limitado a:

1. Inseminación artificial;
2. Fertilización in vitro;
3. GIFT;
4. Transferencia óvulo tubárica;
5. Crio preservación o transferencia de embriones;
6. Banco o almacenamiento de esperma;
7. Banco o almacenamiento de óvulos;
8. Banco de embriones o cigotos;
9. Laparoscopia terapéutica y/o de diagnóstico;
10. Histerosalpingografía;
11. Ultrasonografía;
12. Biopsia endometrial; y
13. Cualquier otra técnica de reproducción asistida o método de clonación.

Servicios de atención médica para pacientes internados se refiere a la atención de pacientes internados por parte de un médico que no sea el médico de cuidados primarios mientras el afiliado se encuentra internado en un centro, por ejemplo un hospital o centro de enfermería especializada; siempre que al momento de que el paciente ingrese a la institución para su internación, un médico que no sea el médico primario dirija y supervise la atención del afiliado. Los servicios de atención médica para pacientes internados incluyen servicios proporcionados, recetados o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud e incluyen servicios de atención médica de consulta, de remisión, preventivos, quirúrgicos, médicos, terapéuticos y de diagnóstico.

Servicios de internación se refiere a los servicios prestados a una persona cubierta durante su internación. Los servicios hospitalarios incluyen: alojamiento y comidas; atención de enfermería general; comidas y dietas especiales cuando sean médicamente necesarias; uso del quirófano y de las instalaciones afines; uso de la unidad y los servicios de terapia intensiva; servicios de radiografía, análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico; drogas, medicamentos y productos biológicos; servicios de anestesia y oxígeno; enfermería de guardia privada cuando sea médicamente necesaria; radioterapia; terapia de inhalación; administración de sangre completa -incluso el costo de la misma-, plasma sanguíneo y los expansores plasmáticos que no fuesen reemplazados por o para el afiliado; administración de sangre completa y plasma sanguíneo; y servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en entorno hospitalario de cuidados agudos.

Medicamentos con leyenda se refiere a cualquier sustancia medicinal cuyo rótulo, según la Ley federal de alimentos, medicinas y cosméticos, deberá incluir la leyenda: “Precaución: La ley federal prohíbe la venta sin receta”.

Enfermedad potencialmente mortal cualquier enfermedad o afección que tiene una alta probabilidad de causar la muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.

Edad límite se refiere a la fecha en que la persona dependiente cumple 26 años.

Atención de mantenimiento se refiere al servicio que se proporciona principalmente para:

- Mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental; o
- Proporcionar un ambiente protegido en el que la persona cubierta no se encuentre expuesta a situaciones que puedan empeorar su estado físico o mental.

Centro médico se trata de un equipo que brinda atención médica, formado por un médico, un P.A. o N.P, que ofrece una atención médica integral y continua a los pacientes con el objetivo de obtener resultados de salud óptimos.

Médicamente necesario significa el alcance exigido para un servicio de atención médica, un tratamiento o procedimiento que le proporcionará un profesional de la salud a su paciente con el fin de diagnosticar, brindar cuidados paliativos o tratar una enfermedad, lesión corporal o sus síntomas. El hecho de que un profesional de la salud recete, autorice o indique un servicio no necesariamente lo convierte en un servicio médicamente necesario o cubierto para la enfermedad. Dicho servicio de atención médica, tratamiento o procedimiento deberá estar:

- De acuerdo con los estándares reconocidos a nivel nacional sobre práctica médica y que esté identificado como seguro, de uso extendido y generalmente aceptado como efectivo para el uso propuesto;

- Clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, alcance, entorno y duración;
- Que no sea principalmente para conveniencia del paciente o del profesional de la salud;
- Claramente justificado y respaldado por la historia clínica y documentación relacionada con el estado del paciente;
- Llevado a cabo en el entorno más costo efectivo que el estado del paciente necesite;
- Justificado por la preponderancia en la bibliografía médica reconocida a nivel nacional y revisada por colegas, si hubiese, publicada en idioma inglés a partir de la fecha del servicio; y
- Que no sea Experimental o de investigación .

Salud mental se refiere a una enfermedad mental y farmacodependencia.

Enfermedad mental se refiere a la evaluación diagnóstica y el tratamiento de una neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o enfermedad mental o emocional, o un trastorno de cualquier tipo. Esto es así sin importar la causa u origen del trastorno.

Obesidad mórbida (obesidad clínicamente grave) se refiere al índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) según lo determine un profesional de la salud a partir de la fecha del servicio:

- 40 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m²); o
- 35 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m²) con un estado comórbido asociado como hipertensión, diabetes tipo II, afección cardiopulmonar potencialmente mortal o una enfermedad articular que sea tratable, sino fuera por la obesidad.

Examen neuroconductual se refiere a una evaluación de los antecedentes de dificultad neurológica y psiquiátrica, los síntomas comunes, el estado mental actual y los antecedentes pre mórbido que incluyen la identificación de conductas problemáticas y la relación entre la conducta y las variables que controlan la conducta. Esto puede incluir entrevistas con el individuo, la familia u otros.

Tratamiento neuroconductual se refiere a las intervenciones que se centran en la conducta y las variables que controlan la conducta.

Rehabilitación neurocognitiva se refiere a los servicios diseñados para asistir a individuos con incapacidad cognitiva a compensar el déficit en la función cognitiva mediante la reconstrucción de habilidades cognitivas y/o el desarrollo de técnicas y estrategias compensatorias.

Terapia neurocognitiva se refiere a los servicios diseñados para abordar el déficit neurológico en el procesamiento de información y para facilitar el desarrollo de habilidades cognitivas de más alto nivel.

Terapia de neuro retroalimentación se refiere a los servicios que utilizan procedimientos de aprendizaje de condicionamiento operativo basados en parámetros electroencefalográficos (EEG) y que están diseñados para mejorar la conducta y el desempeño mental, y el estado de ánimo estabilizado.

Examen neurofisiológico se refiere a una evaluación de las funciones del sistema nervioso. Tratamiento neurofisiológico se refiere a las intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso.

Examen neuropsicológico se refiere a la administración de una batería integral de exámenes para evaluar fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, y su relación con el funcionamiento normal o anormal del sistema nervioso central.

Tratamiento neuropsicológico se refiere a las intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar el déficit en los procesos conductuales y cognitivos.

Farmacia no participante se refiere a una farmacia que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros o que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o que no haya sido contratada por nosotros para proporcionar servicios de cobertura de farmacia, servicios de cobertura de farmacia de especialidades medicinales según lo definimos nosotros, a personas cubiertas incluidos las recetas o los resurtidos.

Médico no participante se refiere a un médico que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o que no ha sido contratado por nosotros como proveedor participante.

Proveedor no participante se refiere a un hospital, centro de tratamiento, profesional de la salud u otro proveedor que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o no ha sido contratado por nosotros como proveedor participante.

Medicina nuclear se refiere a los estudios radiológicos que introducen radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de los átomos) en el cuerpo con el objetivo de hacer un diagnóstico por imágenes, una evaluación de la función del órgano o localizar una enfermedad o un tumor.

Enfermero/a se refiere a un/a enfermero/a registrado/a (R.N., por sus siglas en inglés), un/a enfermero/a práctico con licencia (L.P.N., por sus siglas en inglés) o un/a enfermero/a vocacional con licencia (L.V.N., por sus siglas en inglés).

Observación se refiere a la estadía en un hospital o centro de tratamiento durante menos de 24 horas si la persona cubierta:

- no ha sido internada como paciente residente;
- se encuentra físicamente retenida en la sala de emergencia, sala de tratamiento, sala de observación u otra sala similar; o
- está siendo observada para determinar si su internación será necesaria.

Medicamento de uso no indicado se refiere a un medicamento aprobado, legalmente recetado para un fin para el cual no ha sido aprobado específicamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Período de tratamiento para el trasplante de órgano se refiere al período de 365 días desde la fecha en la que se recibió el alta hospitalaria después de haber recibido un trasplante de órgano cubierto por nosotros.

Máximo de gastos de bolsillo se refiere al monto máximo que un individuo y/o familia paga cada año del plan por los servicios cubiertos por el presente contrato. Este monto incluye copagos, deducibles para medicamentos recetados y deducibles médicos pero no incluye:

- Sanciones de medicamentos recetados o administración de la utilización;
- Servicios no cubiertos; u
- Otros límites del contrato.

Existen diferentes máximos de gastos de bolsillo para proveedores participantes familiares e individuales. Consulte la Lista de beneficios para los montos específicos.

Servicios para tratamiento diurno ambulatorio se refiere a los servicios estructurados que se proporcionan para abordar los déficits en las funciones fisiológicas, conductuales o cognitivas. Dichos servicios podrán prestarse en entornos residenciales transitorios, de integración a la comunidad o de tratamiento no residencial.

Servicios ambulatorios se refiere a los servicios que se proporcionan a una persona cubierta mientras no esté registrada como paciente internado. Los servicios ambulatorios incluyen, pero no están limitados a, los servicios proporcionados en:

- El consultorio de un profesional de la salud;
- Un entorno hospitalario ambulatorio;
- Un centro quirúrgico independiente;
- Un centro de maternidad con licencia; o
- Una clínica o laboratorio independiente.

Los servicios ambulatorios incluirán los siguientes:

1. servicios de cuidados primarios y de médico especialista;
2. servicios ambulatorios que brinden otros proveedores;
3. servicios de diagnóstico, incluido laboratorio, diagnóstico por imágenes y servicios de radiología;
4. servicios de radiología terapéutica;
5. servicios prenatales, si los beneficios de maternidad están cubiertos;
6. terapias de rehabilitación ambulatorias que incluyen: terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional;
7. los servicios de atención médica domiciliaria, según los indique o recete el médico responsable u otra autoridad designada por el HMO
8. servicios preventivos, que incluyen:
 - controles médicos periódicos para adultos
 - vacunación para los niños
 - atención del niño sano desde el nacimiento
 - exámenes para la detección del cáncer
 - exámenes de ojos y oídos para menores hasta los 21 años, para determinar la necesidad de implementar métodos de corrección de la vista y la audición.
 - vacunación para adultos conforme al Calendario de vacunación 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
 - servicios hospitalarios ambulatorios, incluyen los servicios de tratamiento; servicios quirúrgicos ambulatorios; servicios de diagnóstico, incluidos de laboratorio, radiología e imágenes; terapia de rehabilitación y radioterapia.

Cuidados paliativos se refiere a la atención que se brinda a una persona cubierta para aliviar o calmar, pero no curar, una lesión corporal o enfermedad.

Hospitalización parcial se refiere a los servicios que proporcionan un hospital o centro de tratamiento para la salud en un programa ambulatorio en el que los pacientes no permanecen durante un período completo de 24 horas.

- Para un tratamiento psiquiátrico interdisciplinario intensivo e integral que

- proporciona programas de capacitación en rehabilitación, psicológica y social con una concentración en la reintegración a la comunidad y que admite niños y adolescentes que deberán tener un programa de tratamiento diseñado para cumplir con las necesidades de ese rango de edad; y
- que cuente con profesionales de la salud disponibles para atender las necesidades de emergencia y urgencia del paciente.

El programa de hospitalización parcial deberá estar acreditado por la Comisión conjunta de acreditación de hospitales o cumplir con un estándar equivalente.

Los programas de rehabilitación por abuso de drogas y alcohol que posean licencia y estén acreditados por la Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de salud o aprobados por la agencia estatal adecuada también son considerados servicios de hospitalización parcial.

La hospitalización parcial no incluye los servicios que están destinados a:

- Cuidado asistencial; o
- Atención de día.

Farmacia participante se refiere a una farmacia que ha firmado un acuerdo directo con nosotros o a la que nosotros hemos contratado para proporcionar servicios de farmacia cubiertos, servicios de farmacia de medicamentos especiales cubiertos según lo definimos nosotros, a personas cubiertas, esto incluye las recetas o los resurtidos.

Médico participante se refiere a un médico que es designado como tal y que ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o que hemos contratado para proporcionar servicios a personas cubiertas.

Proveedor participante se refiere a un hospital, centro de tratamiento, profesional de la salud u otro proveedor que está designado como tal y que ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o al que hemos contratado para proporcionar servicios a personas cubiertas.

Farmacéutico se refiere a una persona que tiene licencia para preparar medicamentos y fórmulas magistrales y dispensarlos; y que trabaja dentro del alcance que su licencia le permite.

Farmacia se refiere a un establecimiento con licencia en el que un farmacéutico dispensa medicamentos recetados.

Médico se refiere a:

- a. un individuo con licencia para ejercer la medicina en su estado;
- b. una asociación profesional organizada según la Ley de Asociaciones Profesionales de Texas (Artículo 1528f, Vernon's Texas Civil Statutes);
- c. una asociación de salud sin fines de lucro aprobada y certificada según el Capítulo 162 del Código de ocupaciones;
- d. una facultad de ciencias médicas o unidad médico-odontológica, según se define y describe en la Sección 61.003, 61.501, o 74.60 del Código de educación, que emplea o contrata con médicos para instruir o proporcionar servicios médicos, o emplea a médicos y contrata médicos en un plan de práctica; o
- e. otra persona enteramente controlada por médicos.

Año del plan se refiere al período de tiempo que comienza en la fecha en la que los beneficios del presente contrato entran en vigencia para dicha persona cubierta y termina el 31 de diciembre del mismo año.

Servicios de tratamiento para el cuidado post-agudo se refiere a los servicios proporcionados después de un tratamiento y/o una internación para el cuidado de pacientes agudos que se basan en la evaluación de los déficits funcionales físicos, conductuales o cognitivas del individuo, que incluyen como objetivo del tratamiento lograr cambios funcionales por medio del refuerzo, fortalecimiento o restablecimiento de patrones de conducta previamente aprendidos o estableciendo nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos de compensación.

Servicios de transición post-aguda se refiere a los servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial a través de la rehabilitación o reintegración a la comunidad.

Receta se refiere a una indicación directa para la preparación y uso de medicamentos, drogas, medicación o componentes biológicos. Los medicamentos, drogas, medicación y componentes biológicos deberán poderse obtener solamente con receta.

El profesional de la salud deberá darle la receta al farmacéutico para el beneficio y uso de una persona cubierta para el tratamiento de lesiones corporales o enfermedades que cubra el presente contrato. El profesional de la salud podrá hacer llegar la receta al farmacéutico verbalmente, electrónicamente o por escrito.

La receta deberá incluir por lo menos lo siguiente:

- El nombre de la persona cubierta;
- El tipo y cantidad de medicamento, droga, medicación o componente biológico que se receta y las indicaciones para su uso;
- La fecha en que se recetó la receta; y
- El nombre y domicilio del profesional de la salud que suscribe la receta.

Pruebas pre quirúrgicas/procedimentales se refiere a:

Pruebas de laboratorio o exámenes radiológicos realizados a pacientes ambulatorios en un hospital u otro centro aceptado por el hospital, antes de su internación hospitalaria, cirugía o procedimientos ambulatorios; además, las pruebas deberán ser para la misma lesión corporal o enfermedad que haya provocado que la persona cubierta sea hospitalizada o que reciba la cirugía o los procedimientos ambulatorios.

Servicios preventivos se refiere a los servicios apropiados para una persona cubierta de acuerdo con las siguientes recomendaciones:

1. Las recomendaciones que establece la USPSTF para la detección del cáncer de seno, mamografía y preventivos emitidas antes de noviembre de 2009 se considerarán vigentes;
2. Las vacunas recomendadas por el Comité asesor sobre prácticas de vacunación del Centro de control de las enfermedades y prevención (CDC, por sus siglas en inglés);
3. La atención preventiva para bebés, niños y adolescentes dispuesta en los lineamientos integrales que fomenta la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés); y

4. La atención preventiva para mujeres establecida en los lineamientos integrales que fomenta la HRSA.

Para obtener información sobre los Servicios preventivos recomendados que aplican a su contrato, consulte en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) en: www.HHS.gov o comuníquese telefónicamente con Servicios para miembros al teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (ID, por sus siglas en inglés).

Médico o Proveedor de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) se refiere a un médico o proveedor que haya acordado con Sendero proporcionarle un centro médico y que es responsable de proporcionar atención inicial y primaria a los pacientes, mantener la continuidad de su atención e iniciar la remisión para su atención. Los tipos de proveedores que pueden considerarse PCPs pertenecen a las siguientes áreas de práctica: práctica general, práctica familiar, medicina interna, pediatría, obstetricia/ginecología(OB/GYN), enfermeros de práctica avanzada (APNs, por sus siglas en inglés) y asistentes médicos (cuando APNs y PAs están ejerciendo bajo la supervisión de un médico especializado en práctica familiar, medicina interna, pediatría, obstetricia/ginecología que también califica como PCP según lo establece el presente contrato), Centros de salud calificados federalmente (FQHCs, por sus siglas en inglés), Clínicas de salud rurales (RHCs, por sus siglas en inglés) y clínicas comunitarias similares; y médicos especialistas que estén dispuestos a proporcionar un centro médico a miembros seleccionados con necesidades y afecciones especiales.

Autorización previa se refiere a la determinación que nosotros o la persona que designemos tomemos respecto de si un servicio o medicamento recetado es médicamente necesario antes de que se proporcione.

Proveedor se refiere a:

1. Una persona, que no se trate de un médico, que tenga licencia o esté de algún modo autorizada para proporcionar un servicio de atención médica en el estado, esto incluye:
 - un quiropráctico, un/a enfermero/a registrado/a, un/a farmacéutico/a, un optometrista, un/a óptico/a registrado/a o un/a acupunturista; o
 - una farmacia, hospital u otra institución u organización;
2. Una persona que se encuentra enteramente controlada o de propiedad absoluta del proveedor o de un grupo de proveedores que tienen licencia o estén autorizados de algún otro modo para proporcionar el mismo servicio de atención médica; o
3. Una persona que se encuentra enteramente controlada o de propiedad absoluta de uno o más hospitales y médicos esto incluye una organización médico-hospitalaria.

Examen psicofisiológico se refiere a la evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y conductas.

Tratamiento psicofisiológico se refiere a las intervenciones diseñadas para aliviar o disminuir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso debido a factores conductuales o emocionales.

Plan de salud calificado se refiere a un plan de beneficios de salud que se encuentra certificado por el Mercado de seguros de salud facilitado federalmente para ser ofrecido en Texas.

Cirugía reconstructiva se refiere a la cirugía realizada en una estructura corporal anormal causada por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar su función.

Servicio de rehabilitación se refieren al tratamiento especializado para una enfermedad o lesión corporal que cumple con todos los siguientes requisitos:

1. Es un programa de servicios que proporcionan uno o más miembros de un equipo multidisciplinario;
2. Está diseñado para mejorar la independencia y función del paciente;
3. Se encuentra bajo la dirección de un profesional de la salud calificado,
4. Incluye un plan de tratamiento formal por escrito con objeciones y objetivos específicos, accesibles y medibles; y puede proporcionarse en un entorno con o sin internación.

Remediación se refiere al proceso o procesos de restauración o mejora de una función específica.

Rescisión se refiere a la cancelación o discontinuación de la cobertura que tiene efecto retroactivo. Se trata de una cancelación que considera como nulo a un contrato a partir del momento en que se inscribió usted o el titular.

Institución de investigación refiere a una institución u otra persona o entidad, que lleva adelante un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

Centro de tratamiento residencial se refiere a una institución que:

- Tiene licencia para operar las 24 horas como centro de internación, intensivo, residencial, aunque NO tenga licencia para operar como un hospital;
- Proporciona un plan de tratamiento multidisciplinario en un entorno controlado con la supervisión periódica de un profesional de la salud matriculado o doctor en psicología; y
- Proporciona programas tales como capacitación social, psicológica y de rehabilitación, adecuada para la edad para las necesidades especiales del grupo etario de pacientes con especial énfasis en la reintegración en la comunidad.

El tratamiento residencial se utiliza para proporcionar estructura, apoyo y refuerzo del tratamiento requerido para revertir el curso del deterioro conductual.

Cuidado de rutina de sala de recién nacidos se refiere a los cargos que impongan un hospital o centro de maternidad con licencia por el uso de la sala de recién nacidos. Incluye los suministros y servicios normales que se proporcionan a los recién nacidos sanos después del nacimiento. Las visitas de atención médica del profesional de la salud no se consideran cuidado de rutina de sala de recién nacidos. No se considera cuidado de rutina de sala de recién nacidos a: el tratamiento de lesiones corporales, enfermedad, anomalías de nacimiento y defectos congénitos posteriores al nacimiento y la atención para niños prematuros.

Costos por atención de rutina del paciente se refiere a los costos de cualquier servicio de atención médicamente necesario para el que se proporciona cobertura bajo el presente contrato sin importar si la persona cubierta está participando de un ensayo clínico.

Los costos por atención de rutina del paciente no incluyen:

- El costo de un dispositivo o medicamento nuevo en proceso de investigación que no esté aprobado para ser indicado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU., esto incluye un medicamento o dispositivo que sea sujeto de un ensayo clínico;

- El costo de un servicio que no se trate de un servicio de atención médica, sin importar si dicho servicio se solicita en relación con la participación en un ensayo clínico;
- El costo de un servicio que es evidentemente incompatible con los estándares ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular;
- El costo relacionado con el manejo de un ensayo clínico; o
- El costo de un servicio de atención médica que esté excluido específicamente de la cobertura establecida por el presente contrato.

Medicamentos inyectables auto administrados se refiere a una medicación aprobada por la FDA que una persona se puede administrar independientemente por medio de una inyección intramuscular, intravenosa, subcutánea (queda excluida la insulina); y que se recetó a la persona cubierta para su uso.

Sendero significa Sendero Health Plans, Inc., una organización para el mantenimiento de la salud con licencia.

Área de servicio se refiere al área geográfica, que nosotros designemos y que el Departamento de seguros del estado apruebe, en la cual el presente contrato se emite, si dicha aprobación es obligatoria. El área de servicio es el área geográfica dentro de la cual se encuentran disponibles y accesibles los beneficios de servicio directo para las personas cubiertas que viven, residen o trabajan dentro del área geográfica; y la residencia legal de cualquier afiliado dependiente deberá ser la misma que la de quien suscribe o el suscriptor deberá residir, vivir o trabajar en el área de servicio; y la residencia de cualquier afiliado dependiente deberá estar:

- En el área de servicio con la persona que tenga la tutela/custodia permanente o temporaria de las personas dependiente; esto incluye los hijos adoptivos o hijos que sean sujeto de un juicio de adopción iniciado por el afiliado, siempre que el suscriptor sea legalmente responsable de la atención médica de las personas dependiente;
- En el área de servicio en otras circunstancias cuando el suscriptor sea legalmente responsable por la atención médica de las personas dependiente;
- En el área de servicio con el cónyuge del suscriptor; o
- En cualquier lugar de los Estados Unidos, en el caso de un niño/a para quien una orden de ayuda médica exija que esté cubierto por un plan.

Las personas dependiente que tengan 25 años o menos podrán incorporarse al plan de un suscriptor, ya sea cuando se abra la inscripción o durante el período de inscripción especial. Los niños recién nacidos podrán incorporarse al plan de un suscriptor si se informa a Sendero o al Mercado de seguros dentro de los 60 días del nacimiento del niño/a. El recién nacido estará cubierto durante los primeros 31 días de vida. El área de servicio se encuentra en: www.SenderoHealth.com, en el Directorio de proveedores HMO y podrá comunicarse con el Departamento de servicios al miembro HMO al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios se refiere a: procedimientos, cirugías, consultas, consejos, diagnósticos, remisiones, tratamientos, suministros, medicamentos, dispositivos o tecnología.

Centro de enfermería especializada significa un centro que brinde servicios de enfermería especializada continua a los pacientes internados que se estén recuperando de una enfermedad o lesión corporal. El centro deberá cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Poseer una licencia estatal para brindar servicios de enfermería especializados;
- Tener en su personal profesionales de la salud de guardia las 24 horas del día;

- Brindar servicios de enfermería profesional supervisados por un/a enfermero/a de guardia las 24 horas del día;
- Guardar registros médicos diarios completos de cada paciente; y
- No tratarse de un lugar de descanso para las personas mayores o para el cuidado asistencial o proporcionar atención de salud mental, aunque dichos servicios puedan proporcionarse en una sección distinta de del mismo centro. El centro también podrá proporcionar atención extendida o cuidado asistencial que no cubre el presente contrato.

Diente natural sano significa un diente que:

- es orgánico y está formado a partir del desarrollo natural del cuerpo (no es un implante, una funda, una corona o un puente);
- no ha sido excesivamente restaurado;
- no se ha cariado excesivamente o no se ha visto afectado por la enfermedad periodontal; y
- no es más susceptible a sufrir una lesión que un diente natural completo (por ejemplo, un diente que se rompió, astilló, arregló, filtró o fracturó previamente).

Circunstancias especiales este término hace referencia a una afección tal que el profesional de la salud o el proveedor que lo atiende razonablemente considera que, de discontinuarse la atención que el profesional o proveedor de la salud le brinda a la persona cubierta, podría causarle un perjuicio. Los siguientes son algunos ejemplos de circunstancias especiales:

1. una persona cubierta que tenga una discapacidad;
2. una persona cubierta que padezca una afección aguda;
3. una persona cubierta que padezca una enfermedad potencialmente mortal; o
4. una persona cubierta que pasó las 24 semanas de embarazo.

Médico especialista hace referencia a un profesional de la salud de la red que ha recibido capacitación en un área especial de la salud que no sean las especialidades enumeradas en la lista de PCP.

Medicamento especiales hace referencia a medicamentos, drogas y componentes biológicos utilizados como terapia especializada que se ha desarrollado para tratar enfermedades crónicas complejas o lesiones corporales. Los medicamentos especiales pueden ser que:

- Exijan servicios de enfermería o programas especiales para respaldar el cumplimiento del paciente;
- Exijan programas para el tratamiento de enfermedades específicas;
- Tengan requisitos de distribución limitada; o
- Tengan requisitos de manejo, almacenamiento o envío especiales.

Farmacia de especialidades medicinales se refiere a una farmacia que proporcione a una persona cubierta servicios de especialidades medicinales cubiertos según los definimos.

Terapia escalonada se refiere a un tipo de autorización previa. Es posible que solicitemos a una persona cubierta que siga ciertos pasos antes de que se aplique nuestra cobertura para algunas drogas, medicamentos o productos biológicos de un alto costo. Podremos solicitarle a la persona cubierta que pruebe una droga o medicación similar que se haya determinado que es segura, efectiva y menos costosa para la mayoría de las personas que padecen la misma afección que la persona cubierta. Las alternativas podrán incluir medicamentos de venta libre, drogas genéricas y medicamentos de marca. Sendero prohíbe la terapia escalonada para medicamentos recetados que se utilicen para el tratamiento del cáncer con

metástasis avanzada en estadio cuatro. Esta prohibición solo se aplica a un medicamento aprobado por la FDA cuando su uso está en consonancia con las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer con metástasis avanzada en estadio cuatro u otra condición relacionada y está respaldado por bibliografía basada en la evidencia y revisada por pares.

Atención médica sub-aguda se refiere a un programa de atención médica integral para pacientes internados de corto plazo, destinado a una persona cubierta que padezca una enfermedad o tenga una lesión corporal que:

- No exige que la persona cubierta haya sido internada previamente en un centro de tratamiento de salud;
- No exige un diagnóstico intensivo o procedimientos invasivos; y
- Exige la indicación de un profesional de la salud, atención de enfermería intensiva, uso significativo de accesorios y un abordaje interdisciplinario centrado en el resultado que utilice un equipo médico profesional para realizar intervenciones clínicamente complejas.

Centro de rehabilitación sub-agudo se refiere a un centro que proporciona atención médica sub-aguda para servicios de rehabilitación para pacientes internados con una enfermedad o lesión corporal. Este tipo de centro deberá cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Tener una licencia del estado en el que se brinden los servicios para proporcionar atención médica sub-aguda para los servicios de rehabilitación.
- Tener en su personal profesionales de la salud de guardia las 24 horas del día;
- Brindar servicios de enfermería supervisados por un/a enfermero/a de guardia las 24 horas del día;
- Guardar registros médicos diarios completos de cada paciente; y
- No brindar principalmente atención de salud mental, aunque dichos servicios puedan proporcionarse en un área física separada del mismo centro. El centro también podrá proporcionar atención extendida o cuidado asistencial que no cubre el presente contrato.

Cirugía caracterizada como cirugía en los manuales de Terminología procedimental actual (CPT, por sus siglas en inglés) publicados por el Colegio de médicos de los EE.UU. El término cirugía incluye, entre otros:

1. Extirpación o incisión de la piel o los tejidos mucosos o inserción en una abertura natural del cuerpo con propósito exploratorio;
2. Inserción de instrumentos en cualquier orificio del cuerpo, natural o no, realizada con fines terapéuticos o de diagnóstico; y el tratamiento de fracturas.

Servicio de telesalud se refiere al servicio de salud, que no sea el servicio médico de telemedicina, que preste un profesional de la salud que tenga licencia, certificación o que esté capacitado de algún modo para desempeñarse en este estado y que actúe dentro del rango de la licencia profesional, certificación o título respecto de un paciente que se encuentre ubicado en un lugar diferente al del profesional de la salud utilizando las telecomunicaciones o la tecnología de la información.

Servicios médicos de telemedicina se refiere al servicio de atención médica que preste un médico con licencia en este estado, o un profesional de la salud que actúe bajo la delegación y supervisión de un médico con licencia en el estado, y que actúe dentro del alcance de la licencia del médico o profesional

de la salud respecto de un paciente que se encuentre ubicado en un lugar diferente al del médico o profesional de la salud utilizando las telecomunicaciones o la tecnología de la información.

Atención de urgencia se refiere a los servicios de atención médica o de salud mental que se proporciona en otro lugar que no sea una sala de emergencias; que se proporcionan habitualmente en un entorno como por ejemplo: el consultorio del médico o proveedor, o en el Centro de atención de urgencias, debido a una lesión aguda, o enfermedad grave o suficientemente dolorosa que harían suponer a cualquier individuo prudente, que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud, que se trata de una afección, enfermedad o lesión de una naturaleza tal que, de no ser tratada en un periodo de tiempo razonable, podría tener como resultado un deterioro de la afección o de su salud.

Centro de atención de urgencias se refiere a cualquier establecimiento independiente, con licencia, público o privado, que no sea un hospital y que tenga instalaciones permanentes equipadas para proporcionar servicios de atención urgente a pacientes ambulatorios.

Usual y acostumbrado/a se refiere a los cargos acostumbrados en el área geográfica en la que los servicios se proporcionan, que se basan razonablemente en las circunstancias.

“**Nosotros**”, “**Nos**” y “**Nuestro/a**” hacen referencia al asegurador como se muestra en la página de cobertura del presente contrato.

"**Su(s)**" significa la persona cubierta.

Dónde enviar los formularios de reclamaciones completos

Reclamaciones médicas

Sendero Health Plans
Attention: Claims
P.O. Box 16493
Austin, TX 78761

Reclamaciones por medicamentos recetados

Navitus Health Solutions
Operations Division -Claims
P.O. Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Reclamaciones de salud conductual

Sendero Health Plans
P.O. Box 16493
Austin, TX 78761

Si su proveedor no presentó una reclamación por los servicios que usted recibió, usted mismo podrá entregar la información completando el formulario de reclamación en nuestro sitio: web www.senderohealth.com. La mayoría de los proveedores presentarán reclamaciones por usted. Una reclamación es una factura detallada que su proveedor de salud (como por ejemplo su médico, clínica u hospital) envía a su asegurador. Dicha factura muestra exactamente qué servicios recibió. Si su proveedor no presentó una reclamación por los servicios recibidos, usted mismo puede entregar la información completando el formulario de reclamación que se encuentra en línea en: www.SenderoHealth.com. Es su responsabilidad asegurarse que su reclamación se entregue a Sendero dentro de los 95 días de la fecha en que se recibió el servicio. Para ayudar a su proveedor a presentar las reclamaciones oportunamente a IdealCare, sírvase presentar su información de seguro tan pronto como sea posible y responda toda la correspondencia que el proveedor le envíe. Usted podría ser responsable de los cargos facturados si su reclamación no se entrega a Sendero dentro de los 95 días de la fecha de prestación del servicio. IdealCare revisará la reclamación, y si los servicios recibidos fueron proporcionados por un proveedor o centro dentro de la red del plan de beneficios de salud, pagaremos la reclamación teniendo en cuenta nuestra tarifa de contrato con el proveedor o centro. Si usted recibe servicios de emergencia de un médico o proveedor fuera de la red, IdealCare le pagará a este último la tarifa usual y acostumbrada u otra tarifa acordada. Los servicios que no sean de emergencia que se reciban de un proveedor o centro fuera de la red no estarán cubiertos.

Una vez que esté completa, sírvase enviar su reclamación al domicilio de reclamación apropiado que se menciona arriba para su revisión y consideración. Si tiene alguna consulta respecto del formulario de reclamación, sírvase ponerse en contacto con el departamento de servicio al cliente de Sendero.

REVISIÓN DE LAS DETERMINACIONES DE RECLAMACIÓN

Determinaciones de reclamación

Cuando Sendero reciba una reclamación correctamente presentada (reclamación limpia), le reembolsará los beneficios cubiertos conforme las disposiciones del plan. Sendero acusará recibo, aceptación o denegación de sus reclamaciones dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha en la que Sendero reciba todos los artículos, declaraciones y formularios necesarios para procesar las reclamaciones. Sendero pagará o denegará las reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a la fecha en la que las reciba. Si Sendero necesita más información para procesar las reclamaciones, la solicitará dentro del mencionado plazo de 30 días. Si Sendero acuerda pagar por una reclamación o parte de la misma, Sendero pagará la reclamación dentro de los 5 días hábiles después de la fecha en que se realice la notificación de pagar.

Tendrá derecho a solicitar y obtener una revisión justa y completa de cualquier determinación que tome Sendero respecto de una reclamación, cualquier determinación de una solicitud de autorización previa o cualquier otra determinación que realice Sendero en relación a los beneficios en su plan.

Si una reclamación fuese denegada o no se pagase en su totalidad

En determinadas ocasiones, es posible que Sendero deniegue la totalidad de una reclamación o parte de ella. Existen varias razones por las que esto podría suceder que incluyen las reclamaciones denegadas según se excluyen en este documento de Evidencia de cobertura. También podrá incluir denegaciones de reclamaciones por servicios prestados antes o después de la terminación de la cobertura con Sendero. Le sugerimos que, primero, lea el resumen de la *Explicación de beneficios* elaborado por Sendero y, luego, revise la presente EOC para ver si entiende el motivo de la determinación. Si tuviese información adicional que, a su criterio, pudiese modificar la decisión, envíela a Sendero y solicite una revisión de la decisión. Incluya su nombre completo y número de miembro en la solicitud.

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

AVISOS

AVISO

AUNQUE SE LE PROPORCIONEN O HAYAN PROPORCIONADO SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE SALUD QUE SEA MIEMBRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE SENDERO HEALTH PLANS, LE PUEDEN PROPORCIONAR O HABER PROPORCIONADO OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, EN O A TRAVÉS DEL CENTRO, OTROS MÉDICOS O PROVEEDORES QUE NO FORMEN PARTE DE LA RED DE SENDERO. EL MÉDICO DE UN CENTRO QUE NO PERTENEZCA A LA RED U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD PODRÁ FACTURARLE EL SALDO DE LOS MONTOS QUE NO HAYA PAGADO SENDERO. SI USTED RECIBE UNA FACTURA DE PARTE DE UN MÉDICO DE UN CENTRO, QUE NO PERTENEZCA A LA RED, U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD EN CONCEPTO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA SÍRVASE PONERSE EN CONTACTO CON SENDERO AL 1-844-800-4693. A USTED NO SE LE DEBERÍA FACTURAR EL SALDO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. ES POSIBLE QUE LE SOLICITEN QUE ENTREGUE UNA COPIA DEL ESTADO DE CUENTA DETALLADO CON EL OBJETIVO DE REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por el plan de salud asegurado por Sendero.

Mastectomía o disección de un ganglio linfático

Estadía mínima como paciente internado: si debido a un tratamiento de cáncer de seno, una persona cubierta por este plan es sometida a una mastectomía, o disección de ganglio linfático, este plan proporcionará cobertura para atención médica como paciente internado por lo menos durante:

1. 48 horas después de una mastectomía; y
2. 24 horas después de una disección de un ganglio linfático

No se requiere del número mínimo de horas de internación si la persona cubierta que recibe el tratamiento y el doctor que esté atendiéndole determina que un periodo más corto de internación es lo apropiado.

Prohibiciones: no podríamos (a) negar a una persona cubierta su elegibilidad o continuar con su elegibilidad, o no renovar este plan con el único fin de evitar proporcionarle el mínimo de horas como paciente internado; (b) proporcionar pagos monetarios o reembolsos para motivar a que una persona cubierta acepte menos de las horas mínimas como paciente internado; (c) reducir o limitar el monto pagado al médico que lo atiende, o penalizar de alguna manera al médico, porque dicho médico indicó que una persona cubierta reciba el mínimo de horas como paciente internado; o (d) proporcionar ayuda financiera u otros incentivos al médico que lo atiende para motivarlo a proporcionar cuidados por menos de las horas mínimas.

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero al 1-844-800-4693 o escribanos a Sendero Health Plans, 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por el plan de salud asegurado por Sendero.

Cobertura y/o beneficios para cirugía reconstructiva después de la inscripción para una mastectomía

Se proporciona cobertura y/o beneficios a cada persona cubierta para cirugía reconstructiva después de una mastectomía, incluyendo:

1. Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se haya efectuado la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica; y
3. Prótesis y tratamientos de las complicaciones físicas, que incluyen linfodemas, en todas las etapas de la mastectomía.

La cobertura y/o los beneficios deben proporcionarse en la manera que se determine apropiada, consultando a la persona cubierta y al médico que la atiende.

Los montos de copago que se muestran en su lista de beneficios serán los mismos que los aplicados a otros servicios similares cubiertos de internación hospitalaria, médico-quirúrgicos o preventivos.

Prohibiciones: No podríamos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo financiero para renunciar a una reconstrucción de seno y/o a la cobertura o beneficios arriba mencionados; (b) condicionar, limitar o negar a una persona cubierta su elegibilidad, o continuar con la elegibilidad para inscribirse en el plan o no renovar el plan solamente para evitar proporcionar la cobertura y/o beneficios arriba indicados; o (c) reducir o limitar el monto pagado al médico o proveedor, o penalizar de alguna manera, o proporcionar un incentivo financiero para inducir al médico o proveedor a proporcionar a una persona cubierta una atención en una forma que no concuerde con la cobertura y/o los beneficios arriba indicados.

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero al 1-844-800-4693 o escribanos a Sendero Health Plans, 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con Sendero.

Cobertura y/o beneficios para cirugía reconstructiva después de una mastectomía - anual

Su contrato, según lo exige la ley de Derechos de salud y cáncer de la mujer de 1998, proporciona beneficios para servicios relacionados con una mastectomía que incluyen reconstrucción y cirugía para lograr la simetría de los senos, prótesis y complicaciones que se produzcan como resultado de una mastectomía (incluye el linfedema).

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero al 1-844-800-4693 o escribanos a Sendero Health Plans, 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con Sendero.

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

Los beneficios se proporcionan para cada hombre cubierto para un examen anual de diagnóstico reconocido médicamente para detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluyen:

- (a) Un examen físico para la detección de cáncer de próstata; y
- (b) Un examen de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que tenga:
 - 1. (1) Por lo menos 50 años de edad; o
 - 2. (2) Por lo menos 40 años de edad con un historial familiar de cáncer de próstata u otro tipo de factor de riesgo de cáncer de próstata.

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero al 1-844-800-4693 o escribanos a Sendero Health Plans, 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con Sendero.

Estancia como paciente internado luego del nacimiento de un bebé

Para cada persona cubierta por beneficios de maternidad/parto, proporcionaremos cuidados como paciente internado a la madre y su recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y
- (b) 96 horas después de una cesárea sin complicaciones

Según este beneficio no es obligatorio que una mujer cubierta que es elegible para los beneficios de maternidad/parto:

- (a) Dé a luz en un hospital o en otro centro de atención médica; o
- (b) Permanezca en un hospital o en otro centro de atención médica por un número mínimo de horas después del nacimiento del bebé.

Si una madre que tiene cobertura o su recién nacido es dado de alta antes de que hayan pasado 48 o 96 horas, proporcionaremos cobertura para el cuidado de posparto. El cuidado posparto incluye educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y lactancia con biberón; y la realización de todos los exámenes clínicos necesarios y apropiados. Se proporcionarán cuidados por parte de un médico, una enfermera registrada u otro proveedor de atención médica debidamente certificado; y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: no podremos (a) modificar los términos de esta cobertura teniendo en cuenta que una persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer incentivos financieros u otro tipo de compensación a la madre para que renuncie al mínimo de horas requeridas; (c) rehusarnos a aceptar la recomendación de un médico para la internación del paciente durante un período específico que se hace en consulta con la madre, si el período recomendado por el médico no excede las pautas para el cuidado prenatal desarrolladas por las asociaciones profesionales de obstetras, ginecólogos o pediatras reconocidas a nivel nacional; (d) reducir los pagos o reembolsos a menos de la tarifa usual y acostumbrada; o (e) sancionar a un médico por recomendar la internación de la madre o el recién nacido.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con Sendero.

Cobertura por exámenes para la detección del cáncer colorrectal

Se proporciona cobertura para cada persona inscrita en el plan, que tenga 50 años de edad o mayor, que corra riesgo normal de padecer cáncer de colon, para los gastos incurridos por un examen de diagnóstico médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección por parte de la persona cubierta de:

- (a) una prueba anual de sangre oculta en las heces y una sigmoidoscopia flexible cada cinco años, o
- (b) una colonoscopia realizada cada 10 años.

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero Health Plans al: 1-844-800-4693, o escribanos a: 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

El presente aviso tiene como finalidad informarle acerca de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con Sendero.

Cobertura de exámenes para la detección del virus del papiloma humano y el cáncer de ovario y de cuello uterino

Se proporciona cobertura a cada mujer inscrita en el plan, que tenga 18 años de edad o mayor, para los gastos incurridos por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana de cáncer cervical. La cobertura requerida bajo esta sección incluye, como mínimo, un análisis de Papanicolaou convencional o un análisis usando métodos de citología en base líquida, conforme lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.

Si cualquier persona cubierta bajo este plan tiene consultas respecto de lo anterior, sírvase comunicarse con Sendero Health Plans al: 1-844-800-4693, o escribanos a: 2028 East Ben White Blvd., Suite 400 Austin, TX 78741.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA, por sus siglas en inglés)

La presente notificación está en vigencia desde el 1 de octubre de 2013.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SENDERO PODRÁ UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA MANERA EN LA QUE USTED PODRÁ ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEER ATENTAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre la presente notificación o necesita más información acerca de sus derechos de privacidad, puede comunicarse con Sendero al: 1-844-800-4693.

PROPÓSITO:

Sendero Health Plans (Sendero) asume la responsabilidad legal, en virtud de la ley estatal y federal, de proteger la privacidad y seguridad de la Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del afiliado. Se trata de información médica que permite identificar al individuo, e incluye el nombre de Sendero, su fecha de nacimiento, su número de seguridad social y otros datos médicos, genéticos y demográficos proporcionados por usted, o creados o recibidos por Sendero, que se relacionan con su estado de salud físico o mental pasado, presente o futuro; la atención médica que recibe; o el pago pasado, presente o futuro de la prestación de servicios médicos a usted.

La presente notificación describe la manera en la que Sendero utiliza y divulga la PHI del afiliado al administrar los beneficios, y los derechos legales que tiene el afiliado respecto de su PHI.

En la presente notificación, los términos “Sendero”, “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro/a” hacen referencia a los planes de salud de Sendero Health Plans.

DE QUÉ MANERA SENDERO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) DEL AFILIADO:

1. **Tratamiento:** Para brindarle cobertura para los servicios de atención médica que usted recibe, Sendero necesita la PHI sobre usted. Obtenemos dicha información de usted, de su médico y del mercado de seguros promovido por el gobierno federal. Es posible que divulguemos su información médica protegida a su médico, especialista, farmacia o a un hospital en el cual reciba servicios de atención médica. Por ejemplo, su médico podría pedirnos su historia clínica o sus registros de farmacia para tomar decisiones sobre un tratamiento para usted.
2. **Pago:** Es posible que Sendero utilice o divulgue la PHI del afiliado para pagar, o recibir el pago de, sus servicios de atención médica cubiertos o los de su hijo/a; para llevar adelante revisiones de utilización y necesidad médica; para determinar si se cumple con los requisitos para recibir servicios o medicamentos; y para calcular los montos de copago de Sendero. Por ejemplo, podríamos utilizar su historia clínica con Sendero para decidir si un tratamiento o servicio en particular es médicamente necesario y cuánto debería pagarse por dicho tratamiento.
3. **Operaciones de atención médica.** Sendero puede utilizar o divulgar la PHI del afiliado para operar nuestra HMO. Eso incluye realizar ciertas operaciones de atención médica tales como:

- actividades para evaluar y mejorar la calidad de sus servicios de atención médica o los de u hijo/a;
 - analizar la competencia, la cualificación y el desempeño de los proveedores médicos que tienen convenio con nosotros para prestar servicios de atención médica;
 - llevar a cabo mediciones de desempeño y evaluaciones de resultados;
 - programa de manejo de enfermedades para afiliados que padecen afecciones específicas tales como diabetes y asma; y
 - actividades de gestión comercial o actividades administrativas en general, incluidos los sistemas de administración de datos e información y las comunicaciones con nuestros contadores, abogados consultores y otros socios comerciales para determinar nuestra observancia de las leyes estatales y federales. Primero firmaremos un acuerdo de socios comerciales para garantizar que dichos consultores o socios comerciales acepten ajustarse a nuestros Procedimientos y políticas de privacidad y seguridad, y a los requisitos de las leyes estatales y federales con respecto al uso y la divulgación de la PHI de Sendero.
4. **Según lo exige la ley.** Divulgaremos su PHI cuando así lo requieran las leyes o normas federales o de Texas.
 5. **Impedir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podríamos utilizar y divulgar la PHI sobre usted a personal médico o de aplicación de la ley cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de Sendero o a la salud y seguridad de otra persona.
 6. **Investigación.** En determinadas circunstancias, es posible que utilicemos y divulguemos la PHI de Sendero con fines de investigación.
 - Por ejemplo, un proyecto de investigación podría requerir la comparación de los resultados de los afiliados a quienes se les haya administrado determinado medicamento con los resultados de los afiliados a quienes se les haya dado otro tipo de medicamento. Sin embargo, todos los proyectos de investigación estarán sujetos a un proceso de autorización especial. Antes de usar o divulgar cualquier dato de su PHI, el proyecto deberá haber sido aprobado mediante un proceso de autorización para investigaciones. Le pediremos autorización específica de Sendero si el investigador tendrá acceso al nombre, domicilio u otro dato del afiliado que revele su identidad.

SITUACIONES ESPECIALES:

7. **Personal cualificado.** Es posible que divulguemos su PHI para llevar a cabo auditorías administrativas o financieras o evaluaciones de programas; pero el personal no podrá identificarlo, directa o indirectamente, en ningún informe de las auditorías o evaluaciones, ni revelar su identidad de ninguna manera.
8. **Riesgos para la salud pública.** Es posible que divulguemos su información médica para actividades de salud pública. Dichas actividades generalmente incluyen:
 - Prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
 - Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;

- Notificar a los individuos de que se está retirando de la venta un producto que podrían estar usando;
- Notificar a los individuos que podrían haber estado expuestos a una enfermedad o que podrían correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y
- Notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Todos esos tipos de divulgaciones se realizarán conforme a los requisitos de las leyes y normas federales y de Texas.

9. **Actividades de supervisión de la salud.** Podríamos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley que tengan como fin supervisar el sistema de atención médica. Las actividades de supervisión incluirán, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y la expedición de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales, la elegibilidad o el cumplimiento, y hacer cumplir los derechos civiles y las leyes penales relacionados con la salud.
10. **Demandas legales y conflictos.** Si usted está involucrado en determinadas demandas legales o conflictos administrativos, es posible que divulguemos su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa.
11. **Aplicación de la ley.** Podríamos divulgar información médica si así lo solicitase un funcionario de aplicación de la ley, en respuesta a una orden judicial o una citación; o
12. **Médicos forenses.** Médicos legistas y directores de funerarias. Podríamos divulgar PHI a un médico forense o un médico legista cuando la ley lo autorice (por ej., para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte).
13. **Presos.** Si usted está preso en un centro correccional, podríamos divulgar su información médica a la institución para que le brinde tratamiento.
14. **Divulgación electrónica.** La ley de Texas exige que lo notifiemos de que su PHI está sujeta a divulgación electrónica. Tenga en cuenta que podríamos utilizar y divulgar su PHI electrónicamente. Por ejemplo, su PHI se almacena en un expediente médico electrónico. Si otro proveedor que está brindándole tratamiento solicita una copia de su historia clínica, posiblemente se la enviemos electrónicamente.
15. **Representante personal.** Es posible que divulguemos su PHI al representante personal que administra sus bienes.
16. **Mercadotecnia.** En general, la mercadotecnia incluye los mensajes que se transmiten para describir un producto o servicio relacionado con la salud que podrían motivarlo a comprar o usar dicho producto o servicio. Por ejemplo, la mercadotecnia incluye los mensajes que se le envían acerca de nuevos equipos de alta tecnología. No utilizaremos su PHI con fines de mercadotecnia sin su autorización. La mercadotecnia no incluye los comunicados que le enviemos para describir un producto o servicio relacionado con la salud que esté incluido en o disponible a través de, o que se añada o reemplace en el plan de beneficios de Sendero, o para referirnos a las entidades que participen de nuestra red de atención médica.
17. **Venta de su información médica.** Sendero no divulgará su PHI a nadie a cambio de una remuneración directa o indirecta sin su autorización, excepto a otra entidad cubierta, a menos que la divulgación se haga a otra entidad cubierta con fines de pago o para la realización de operaciones de

atención médica o el cumplimiento de una función propia de una HMO. *Cualquier otro tipo de venta de PHI requerirá su autorización por escrito.*

18. **Programas gubernamentales.** Es posible que Sendero divulgue la PHI de un afiliado a otra agencia gubernamental que ofrezca beneficios públicos si:
 - la información tiene que ver con si un afiliado cumple con los requisitos para o está inscripto en los programas CHIP o STAR; y la ley exige o autoriza específicamente que se realice la divulgación; o
 - la otra agencia gubernamental aplica las mismas medidas de protección de la privacidad que Sendero y ofrece programas que asisten a tipos de personas similares, y la divulgación es necesaria para coordinar o mejorar la gestión de los programas; y
 - para alertar a un funcionario de aplicación de la ley sobre una muerte ocurrida como consecuencia de una conducta criminal.
19. **Procesos judiciales o administrativos.** Sendero podría divulgar la PHI de un afiliado con fines judiciales y administrativos, por ejemplo, en respuesta a una orden de un tribunal ordinario o administrativo.
20. **Secretaría de Servicios Humanos y de Salud.** Sendero tiene que divulgar la PHI de los afiliados a la Secretaría de Servicios de Humanos y Salud cuando la secretaría la solicita para aplicar las medidas de protección de la privacidad.
21. **Otros usos y divulgaciones.** Es posible que Sendero utilice o divulgue la PHI de los afiliados:
 - para generar información médica que no identifique a ningún individuo en particular;
 - a las fuerzas armadas estadounidenses o extranjeras con fines militares, si un afiliado integra el grupo que solicita la información;
 - con fines de seguridad nacional legal;
 - a funcionarios federales para proteger al presidente y otros individuos;
 - a una prisión o cárcel, si usted está preso allí; o al personal de aplicación de la ley, si el afiliado se encuentra detenido; y
 - para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores o leyes similares.

CUALQUIER OTRO USO O DIVULGACIÓN DE LA PHI SE HARÁ SOLAMENTE CON SU AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL POR ESCRITO. USTED PODRÁ REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO LO HAGA POR ESCRITO Y NO HAYAMOS UTILIZADO YA DICHA AUTORIZACIÓN.

SUS DERECHOS:

Gozará de los siguientes derechos respecto de la PHI que almacenamos:

1. Derecho a solicitar restricciones. Usted tendrá derecho a solicitar que se impongan límites o restricciones a la PHI sobre su persona que divulgamos con fines de tratamiento, pago o para realizar operaciones de atención médica. No estaremos obligados a aceptar o acatar su pedido. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que debamos divulgar su PHI para proporcionarle un tratamiento de emergencia o que el acuerdo se haya dado por terminado conforme a las pautas HIPAA. Las solicitudes deberán hacerse por escrito. Si usted paga (el monto total y en efectivo) para recibir un tratamiento o servicio, y le solicita a su proveedor que no informe a Sendero que ha recibido atención o tratamiento, el proveedor deberá acceder a su pedido.
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tendrá derecho a solicitar que, cuando nos comuniquemos con usted por asuntos médicos, lo hagamos de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, podrá pedir que solamente lo contactemos por teléfono en su lugar de trabajo o que solamente nos comuniquemos con usted por correo postal enviado a su domicilio. La solicitud deberá especificar cómo, dónde o cuándo desea que nos pongamos en contacto con usted. Trataremos de acceder a todos los pedidos razonables.
3. Derecho a acceder y recibir una copia. Los afiliados tendrán derecho a solicitar acceso para consultar, recibir una copia en papel o formato electrónico, o a recibir un resumen de la PHI del afiliado o su información contable. Tenemos la obligación de facilitarle sus registros o el resumen en un plazo de 15 días a partir de la fecha de su solicitud.
4. Derecho a enmienda. Si considera que la PHI que tenemos sobre su persona es incorrecta o está incompleta, podrá solicitar una enmienda. Tendrá derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la PHI sea almacenada por o para Sendero. Usted deberá incluir una razón que justifique su solicitud. Todas las solicitudes de enmienda deberán hacerse por escrito. Podremos denegar su solicitud de enmienda si no fue hecha por escrito o no incluye una razón para justificar dicha solicitud. También podríamos denegar su solicitud si nos pide que rectifiquemos la PHI que:
 - no haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la PHI ya no esté disponible para realizar la enmienda;
 - no forma parte de la PHI que se conserva por y para Sendero;
 - no forma parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
 - es precisa y completa. En caso de denegar su pedido, Sendero lo notificará e incluirá las instrucciones que deberá seguir para apelar la solicitud o presentar una queja.
 - Derecho a ser notificado. Tendrá derecho a ser notificado de cualquier violación ilegal de la PHI que no haya estado resguardada y cualquier violación del sistema de seguridad de Sendero, conforme a lo dispuesto por la ley de Texas.
5. Derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Tendrá derecho a solicitar un informe de las divulgaciones realizadas de su información médica. Según lo establecen las leyes federales, usted podrá pedir un informe que abarque los tres años previos a la fecha en la que se solicita el informe.
6. Datos almacenados de registros en papel. Podrá solicitar un registro de las divulgaciones realizadas a personas o entidades con otros fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que hayan tenido lugar en los últimos seis (6) años.
7. Derecho a recibir una copia de la presente notificación. Tendrá derecho a recibir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. También podrá obtener una copia electrónica de la presente notificación en nuestro sitio web: www.SenderoHealth.com.

MODIFICACIÓN DE LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Sendero se reserva el derecho a modificar nuestras prácticas y a poner en vigor las nuevas disposiciones para la totalidad de la Información médica protegida que almacena. Si las prácticas de información de Sendero cambian, publicaremos una Notificación de prácticas de privacidad enmendada en nuestra oficina y en nuestro sitio web. Para solicitar una copia, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. Las nuevas prácticas se aplicarán a la totalidad de la información médica suya o de su hijo, independientemente de cuándo Sendero haya recibido o generado dichos datos.

Si desea recibir copias adicionales de la presente Notificación o si necesita una traducción de la misma a otro idioma, sírvase llamar al 1-844-800-4693.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD

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

Ideal Care:

Proporciona suministros y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como por ejemplo:

- intérpretes de lenguaje de señas calificados
- información escrita en otros formatos (letras mayúsculas, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas, si necesita estos servicios, póngase en contacto con Ideal Care.
- Si usted cree que Ideal Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de alguna manera por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante:
- Ideal Care de Sendero Health Plans, Attn: Connie McFadden Chief Operations Officer, 2028 E. Ben White Blvd. Ste. 400, Austin, TX 78741, Teléfono: 1-844-800-4693, TTY 711, Fax: 512-901-9724, Complaints.Sendero@SenderoHealth.com. Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Servicio al cliente de IdealCare está disponible para ayudarlo.

Usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por teléfono o correo postal 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 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

LEYENDAS:

Español: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Sendero Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-800-4693.

Vietnamita: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Sendero Health Plans quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-800-4693.

Chino: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入SBM項目的名稱 Sendero Health Plans, 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-844-800-4693.

Coreano: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Sendero Health Plans, 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-800-4693 로 전화하십시오.

Árabe: لوصحلا يف قحلا كيدلف ، Sendero Health Plans صوصخب ؤئسأ هءعاست صخش بدل وأ كيدل ناك نا، ب لصنا مجرتم عم ئدحتلل .تامولعملاو ؤءعاسملا بلع 1-844-800-4693.

Urdu: پاور نیم، ےراب ےک Sendero Health Plans ےہ لاوس وک نونود پاروانیہ ےہر ےد دم وک یسک پارگا 1-844-800-4693 ےیل، ےک ےنرک تاب ےس نامجرت۔ ےہ قح اک ےنرک لصاح تامولاعم روا دم تقم نیم نابز ینپا وک نونود ےنیرک نوف 4693

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Sendero Health Plans may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-800-4693.

Francés: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Sendero Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-800-4693.

Hindi: यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के Sendero Health Plans के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में मफ्त में सहायता और सचचना प्राप्त करने का अधिकार है।

ककसी धुुभाषण से बात करने के धिए , 1-844-800-4693पर कौधु करें।

Persa: ديشاب متشاد ، Sendero Health Plans دروم رد لاوس ، دينكيم كمك وا هب امش مك يسك اي امش، رگا دييامن لصاح سامت 1-844-800-4693 دييامن تفايرد ناگيار روط هب ار دوخ نابز هب تا علاطا و كمك مك ديراد ار نيا قح

Alemán: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Sendero Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-800-4693 an

Gujarati: જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહ્યા છો તેમ છતાં તમે કોઇને Sendero Health Plans વડે પ્રશ્નો ઊભા કરી તો તમને મદદ અને મહત્તી મેલિવુની અવકાશ છે. તે બધું વધુ તમને ભાષા મુજબ પ્રશ્ન કરી શકો છો. દરેક વર્ષે વોલન્ટર કરી શકો છો, આ 1-844-800-4693 પર કોલ કરો.

Ruso: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Sendero Health Plans то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-800-4693.

Japonés: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Sendero Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-800-4693 までお電話ください。

Laosiano: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Sendero Health Plans ທ່ານ ສິດທິ ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ລະບົບພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລັບກັບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-800-4693.