

IdealCare  **SENDERO
HEALTH PLANS**



MANUAL PARA MIEMBROS

Índice de Contenidos

BIENVENIDO	1
INFORMACIÓN IMPORTANTE	2
BENEFICIOS / SERVICIOS CUBIERTOS	3
CUIDADOS DE MATERNIDAD	4
SALUD CONDUCTUAL	5
SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS.....	5
TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS	9
MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN DE RECETA (DROGAS DE FORMULARIO).....	10
USO DE SUS BENEFICIOS DE FORMULARIO	14
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	15
ATENCIÓN DE URGENCIA.....	16
VIAJE O ESTADÍA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO	16
SERVICIOS DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA.....	17
COMO RECIBIR ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA	17
SERVICIOS HOSPITALARIOS	18
PAGO POR SERVICIOS Y RECLAMACIONES	18
FACTURACIÓN DE SALDO	18
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS	18
REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN PREVIA.....	24
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	25
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR ESCRITO O VERBALMENTE.....	26
PROCESO DE APELACIÓN	27
APELACIONES ACELERADAS	28
REVISIÓN EXTERNA FEDERAL INDEPENDIENTE.....	29
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP).....	29
CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS.....	30

ELECCIÓN DE SU OBSTETRA Y GINECÓLOGO.....	31
ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS.....	31
PROGRAMACIÓN DE CITAS.....	32
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	32
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	32
CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES	33
NECESIDAD MÉDICA	34
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	34
ESTÁNDARES DE TOMA DE DECISIÓN DEL MANEJO DE LA ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN (UM).....	35
NEGACIONES O LIMITACIONES A LA SOLICITUD DEL MÉDICO PARA SERVICIOS CUBIERTOS.....	35
SERVICIO AL CLIENTE	36
ASISTENCIA CON EL IDIOMA.....	36
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	36
NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS	38
PERIODO DE GRACIA.....	38
REEMBOLSO DE PRIMA.....	39
FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO	39
DENUNCIAR FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO POR PARTE DEL PROVEEDOR/CLIENTE.....	39
PROTECCIÓN INTERNA DE INFORMACIÓN MEDICA PERSONAL	40
EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA.....	40
SUBROGACIÓN.....	41
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	41
ACCESIBILIDAD SIN DISCRIMINACIÓN.....	43

BIENVENIDO

Estimado Suscriptor,

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

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

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

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

Los valores de IdealCare son:

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

¡Bienvenido a IdealCare!

INFORMACIÓN IMPORTANTE

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

BENEFICIOS / SERVICIOS CUBIERTOS

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

La red de cuidado de IdealCare incluye doctores, especialistas, centros de atención de urgencias y hospitales. Por favor consulte su EOC y el SBC para obtener una lista de los beneficios, servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones. Si necesita ayuda para entender su EOC, SBC o si tiene una pregunta sobre si algún servicio médico está cubierto o necesita autorización, llame al número gratuito 1-844-800-4693 para asistencia.

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

Summary of Benefits and Coverage: What This Plan Covers & What You Pay For Covered Services		Coverage Period: 01/01/2018-12/31/2018
IdealCare by Sander Health Plans: Total Standard (Gold)		Coverage for: Individual + Spouse, Family Plan Type: HMO
<p>The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, 1-844-800-4693 and www.sanderhealth.com. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cco.cms.gov or call 1-844-800-4693 to request a copy.</p>		
Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	\$500/individual or \$1000/family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Preventive care and primary care services are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No	You don't have to meet deductible for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	\$5,000/individual or \$10,000/family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limit until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Copayments on certain services, premiums, balance billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See https://sanderhealth.com/idealcare/en/providers.html or call 1-844-800-4693 for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

OMB Control Numbers 1545-2229, 1210-0147, and 0938-1146
Released on April 6, 2016 1 of 6

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

Algunos servicios cubiertos requieren que usted pague un coseguro o un copago. El coseguro es su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje de la cantidad permitida por el servicio. Usted pagara un coseguro, además de los deducibles, si acaso es aplicable. Un copago es una cantidad fija que paga por un servicio de atención médica cubierta. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto.

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

IdealCare es un plan basado en la red; la red les proporciona acceso a las instalaciones, a los proveedores de cuidados primarios y a los especialistas dentro del área de servicio. Los proveedores dentro de la red aceptan los estándares, los procesos y las listas de costos de IdealCare. **Además, los proveedores dentro de la red aceptan no facturar el saldo a los pacientes que son nuestros miembros, por ningún monto impagado por servicios brindados, que no sean los montos de deducible(s), copago(s) o coseguro(s).** Si usted necesita los servicios de un especialista o necesita usar alguna de las instalaciones, su proveedor de cuidados primarios podrá ayudarlo iniciando una recomendación médica o una solicitud de autorización previa que su tratamiento médico se mantenga dentro de la red. Para localizar al proveedor más cercano o para ver una lista de los proveedores dentro de la red del Plan IdealCare, usted puede visitar: <https://senderohealth.com/idealcarespanish/providers.html>. Los proveedores de IdealCare están en el área de servicio de Travis, el área de servicio incluye los siguientes condados Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis, y Williamson.

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

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

CUIDADOS DE MATERNIDAD

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

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

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

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

SALUD CONDUCTUAL

Si un miembro de IdealCare, incluyendo sus dependientes, necesitan tratamiento de un trastorno mental o emocional, o si tiene un problema debido a las drogas o trastornos de farmacodependencia, llame a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693 o 1-855-765-9696. La red del plan de IdealCare incluye profesionales en salud mental y abuso de sustancias que le pueden ayudar. Algunos problemas de abuso de sustancias o de salud mental, como depresión severa, también pueden requerir atención urgente. Puede hacer una cita con un proveedor de salud mental dentro de la red. Usted puede acceder directamente a un proveedor de salud conductual que esté dentro de la red sin ninguna referencia.

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS

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

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

Cobertura de servicios preventivos de salud para niños:

1. Detección de autismo para niños a los 18 y 24 meses
2. Evaluaciones de conducta para niños de todas las edades.
3. Control de la presión arterial para niños de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años
4. Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
5. Prueba de detección de depresión para adolescentes

6. Evaluación de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante la infancia
7. Detección de dislipidemia para niños de alto riesgo de trastornos lipídicos
8. Exámenes oculares y auditivos para niños hasta los 17 años.
9. Medicamentos preventivos para la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
10. Suplementos de quimio prevención con fluoruro para niños sin fluoruro en su fuente de agua
11. Pruebas de audición para todos los recién nacidos del día de nacimiento hasta la fecha en que el niño tiene 30 días de edad
12. Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal (IMC)
13. Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina
14. Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo
15. Prueba de detección de hemoglobinopatías para recién nacidos
16. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años - las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían
17. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia
18. Prueba de detección de plomo para niños con riesgo de exposición
19. Historia clínica para todos los niños durante su desarrollo
20. Control de la obesidad y asesoramiento
21. Evaluación de riesgos de salud bucodental para niños pequeños
22. Prueba de detección de fenilcetonuria (FCU) para recién nacidos
23. El cribado de células falciformes para todos los recién nacidos
24. Prueba de la tuberculina para niños de alto riesgo
25. El cuidado del bebé sano (después de un examen inicial del recién nacido y que él bebe sea dado de alta del hospital)
26. Consulta para niños y adolescentes sanos
27. Examen de Visión y audición para niños menores de 17 años
28. Evaluación del uso de alcohol y drogas para adolescentes

Cobertura de servicios preventivos para mujeres:

1. Examen de diagnóstico médico anual para mujeres, cubiertas de 18 años de edad o mayor para la detección precoz del cáncer de cuello útero y ovarios, de acuerdo con las directrices aprobadas por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología u otra organización nacional similar de profesionales médicos reconocidos por el Comisionado
 - Los requisitos mínimos para el examen de diagnóstico para detectar el virus del papiloma humano incluyen un cribado convencional de frotis de Papanicolaou, solo o en

combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

2. Evaluación sobre la anemia examen de rutina para mujeres embarazadas
3. Asesoría sobre la evaluación genética del cáncer de mamas (BRCA) para las mujeres con alto riesgo
4. Mamografía para la detección del cáncer de mamas cada uno o dos años para las mujeres mayores de 35 años
5. Consejería sobre la quimiopprofilaxis del cáncer del seno para las mujeres de alto riesgo
6. Quimiopreención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo
7. Apoyo y consejería sobre la lactancia por parte de proveedores entrenados, acceso a los insumos para la lactancia para las embarazadas y a las mujeres que están amamantando
8. Examen de cáncer de cuello útero y ovarios para las mujeres 18 años y mayor
9. Detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y tras mujeres con mayor riesgo.
10. Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización y educación y consejería de pacientes, según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (no incluye los productos para abortar).
11. Evaluación y asesoría sobre violencia interpersonal y doméstica para todas las mujeres
12. Ácido fólico suplementos para las mujeres que podrían quedar embarazadas
13. Examen de diabetes gestacional para las mujeres con 24-28 semanas de embarazo y a las que están a riesgo de padecer de diabetes gestacional
14. Examen de gonorrea para las mujeres con alto riesgo
15. Examen de hepatitis B para las embarazadas en la primera visita prenatal
16. Examen y asesoría sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para las mujeres sexualmente activas
17. Examen de ADN para detectar el virus del papiloma humano (HPV) cada 3 años para las mujeres con un resultado de la citología normal que tienen 30 años o más
18. Examen de osteoporosis para las mujeres mayores de 60 años según sus factores de riesgo
19. Incompatibilidad Rh detección para todas las mujeres embarazadas y las pruebas de seguimiento para las mujeres en mayor riesgo

20. Consejería sobre las infecciones de transmisión sexual para las mujeres sexualmente activas
21. Examen de sífilis para mujeres embarazadas o mujeres con de alto riesgo
22. Exámenes e intervenciones para el uso del tabaco para todas las mujeres, y ampliación del asesoramiento para las usuarias embarazadas de tabaco
23. Examen para la detección de infecciones urinarias y otras para mujeres embarazadas.
24. Visitas bienestar para mujeres, para obtener servicios preventivos recomendados

Cobertura de servicios preventivos para adultos:

1. Visita a un Médico de la Salud para un examen físico de rutina o anual para detectar o prevenir la Enfermedad;
2. Radiología de rutina, servicios de laboratorio y / o endoscópicos para detectar o prevenir enfermedades relacionadas con el examen de rutina o anual;
3. Un examen anual de detección de cáncer de próstata, incluyendo una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para una persona de sexo masculino cubierta de 40 años o más;
4. Pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función anómalas de la arteria para una persona cubierta que es:
 - Hombres de más 45 y menor 76 años; o
 - Mujeres mayores de 55 años y menor de 76
 - Es diabético; o
 - Está en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca basada en una puntuación derivada del algoritmo de predicción coronaria del estudio de salud de Framingham que es inmediata o superior.
5. Evaluación y asesoramiento de uso indebido de alcohol para adultos mayores de 18 años
6. Control de la presión arterial para todos los adultos de 18 años y mayores
7. Sangre y productos sanguíneos, incluido el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo.
8. Un examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer de colon rectal para una Persona Cubierta de 50 años de edad o más y con riesgo normal de desarrollar cáncer de colon que incluye:
 - Una prueba anual de sangre oculta en las heces;
 - Una prueba anual de ADN en las heces;
 - Sigmoidoscopia flexible cada cinco años; o
 - Una colonoscopia para una colonografía de tomografía computarizada (colonoscopia virtual) cada diez (10) años;

9. Diagnóstico de depresión
10. Examen de diabetes (tipo 2) para los adultos con hipertensión
11. Consejería sobre la dieta para los adultos con mayor riesgo de enfermedades crónicas
12. Detección del VIH para todos los adultos con mayor riesgo
13. Inmunizaciones de rutina (las inyecciones de TB y de desensibilización alérgica no se consideran inmunizaciones de rutina)
14. Inmunizaciones contra la influenza y la neumonía
15. Evaluación y consejería sobre la obesidad para los adultos
16. Rutina Física Anual
17. Prevención y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI en inglés) para los adultos de alto riesgo
18. Examen de sífilis para los adultos de alto riesgo
19. Evaluación sobre el uso del tabaco para todos los adultos.
Intervención para dejar de fumar

TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS

Visita de atención médica primaria para tratar una lesión o enfermedad	Servicios de atención médica en el hogar*	Otra visitas médicas (Enfermero, asistente médico)	Servicios de paciente externo (incluyendo instalaciones, proveedor y honorarios quirúrgicos)
Servicios paliativos (Hospice)	Tratamiento de infertilidad* (solamente diagnóstico de la causa de la infertilidad)	Examen rutinario de la vista*	Visita a un especialista
Servicios en instalaciones /centros de atención de urgencia	Servicios de emergencia (incluyendo la habitación y transporte)	Servicios hospitalarios para paciente interno (incluyendo instalaciones proveedor y honorarios quirúrgicos)	Servicios de enfermería especializados*

Atención prenatal y post parto	Parto y todos servicios de atención de maternidad como paciente interno	Salud conductual* (servicios como paciente interno y externo)	Trastorno por abuso de sustancias* (servicios como paciente interno y externo)
Medicamentos que requieren receta médica (ver el formulario de IdealCare)	Servicios de rehabilitación como paciente externo* (incluyendo terapia física, ocupacional, del habla y atención de quiropráctico	Equipo médico duradero/Dispositivos prostéticos	Audífonos/implante coclear *
Imágenes (incluyendo CT,PET, resonancias magnéticas (MRI), servicios de laboratorio, radiografías y diagnóstico	Trasplantes*	Diálisis	Educación/ Manejo de la diabetes
Cirugía reconstructiva *	Terapia de infusión	Tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular*	Asesoría nutricional

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

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN DE RECETA (DROGAS DE FORMULARIO)

IdealCare mantiene una lista de formulario que le indica cuáles medicamentos son genéricos, preferidos y no preferidos. Se puede obtener una copia de la lista actualizada llamando a un representante de

Servicio al Cliente, quien también podrá contestar a sus preguntas sobre sus copagos. El formulario del plan IdealCare también se encuentra en el sitio de Internet del plan IdealCare en www.senderohealth.com/idealcareformulary. Favor de tomar en cuenta que los medicamentos de venta sin receta no son un beneficio cubierto y algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa.

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

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

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

Usted tiene diferentes niveles de cobertura, dependiendo de la categoría (“nivel”) del medicamento que se le asigne en el formulario de farmacia del plan IdealCare. Nuestro plan de beneficios de medicamentos tiene cinco niveles, sus medicamentos recetados entran en una de las cinco categorías o niveles. Cada nivel tiene un diferente copago o coseguro.

Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura y su Evidencia de Cobertura para obtener más información o llame a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693.

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

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

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

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

Recomendamos que los medicamentos se utilicen de manera segura, es por eso que establecemos una cantidad máxima por mes para algunos medicamentos. Estos límites están basados en los lineamientos de la FDA y las recomendaciones de sus fabricantes. Hay circunstancias que admiten excepciones a dichos límites. Su médico puede solicitar una excepción poniéndose en contacto con nosotros y explicando la razón de la excepción. Le informaremos nuestra decisión. Si no aprobamos la solicitud para una excepción de límite de cantidad, le informaremos a su médico cómo apelar dicha decisión.

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

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

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

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

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

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

- Solicitud Estándar- Son solicitudes que no son urgentes. El tiempo de respuesta para recibir una respuesta a su solicitud es de cinco (5) días hábiles.
- Solicitudes urgentes: Urgente se define como: Existe una amenaza inminente y grave para la salud del paciente. El tiempo de respuesta para recibir una respuesta a su solicitud es de un (1) día hábil.

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

USO DE SUS BENEFICIOS DE FORMULARIO

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

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

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Los servicios de atención de emergencia incluyen los servicios de atención médica que se reciben en una sala de emergencias de hospital, o instalación comparable, para evaluar y estabilizar ciertas condiciones médicas, incluidas las afecciones de salud conductual. Estas son afecciones de reciente aparición y de gravedad (como dolor severo) que podría llevar a pensar a una persona con conocimientos promedio de medicina y salud a que dicha afección, enfermedad o lesión es tal que, de no recibir atención médica inmediata, podría causar lo siguiente:

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

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

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

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

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

recibidos en una instalación **Dentro de la Red**. Es posible que se le solicite que envíe una copia de la declaración de facturación detallada para fines de investigación.

ATENCIÓN DE URGENCIA

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

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

VIAJE O ESTADÍA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

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

Si necesita servicios de emergencia mientras está fuera del área de servicio de IdealCare, diríjase al hospital más cercano y luego llame a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693. Si usted recibe los servicios de emergencia en un centro fuera de la red que puede ser que sea "*facturado por el saldo*" por los médicos que proporcionan servicios a usted en el hospital o centro. *Facturación de saldo* significa que los proveedores o centros que no están dentro de la red con IdealCare le pueden cobrar por la diferencia entre la cantidad permitida por IdealCare y la cantidad facturado por los proveedores o instalación.

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

Los servicios que no son de emergencia no están cubiertos por IdealCare cuando usted se encuentra fuera del área de servicio de IdealCare. Si recibe servicios que no son de emergencia fuera del área de servicio, usted se hará responsable de pagar el saldo de lo que se le daba a la institución o al proveedor.

SERVICIOS DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA

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

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

Si usted recibe los servicios de emergencia en un centro fuera de la red que puede ser que sea facturado por el saldo por los médicos que proporcionan servicios a usted en el hospital o centro. Facturación de saldo significa que los proveedores o centros que no están dentro de la red con IdealCare le pueden cobrar por la diferencia entre la cantidad permitida por IdealCare y la cantidad facturado por los proveedores o instalación.

COMO RECIBIR ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA

Si usted o un dependiente de IdealCare se enferma o sufre una lesión severa lo suficientemente dolorosa para necesitar evaluación o tratamiento por la noche o durante un fin de semana, usted primero deberá ponerse en contacto con su PCP quien le recomendará qué hacer de acuerdo con sus síntomas. Su PCP está disponible de forma directa o a través de convenios de cobertura con otros proveedores las 24 horas del día, los 7 días de la semana. IdealCare también cuenta con una línea telefónica para asesoramiento de enfermería a su disposición las 24 horas del día, los 7

días de la semana. El número de teléfono de la Línea de asesoramiento de enfermería es 1-855-880-7019.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

PAGO POR SERVICIOS Y RECLAMACIONES

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

FACTURACIÓN DE SALDO

Si recibe atención en un hospital dentro de la red que existe la posibilidad de que algunos de los proveedores de los hospitales no están dentro de la red con IdealCare. Algunos ejemplos de los proveedores de los hospitales son anestesiista, radiólogo, patólogo, un médico de urgencias, un neonatólogo, o un cirujano asistente. Estos proveedores pueden facturarle por la diferencia entre la cantidad permitida de IdealCare y los cargos facturados por los proveedores. Cuando un proveedor le factura por la diferencia Esto se llama facturación de saldo.

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS

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

1. Servicios prestados por un proveedor no participante, excepto cuando:

- a. Sea autorizado por Sendero o
- b. Los siguientes servicios son médicamente necesarios para prestar cuidado de emergencia:
 - Servicio de ambulancia profesional; o
 - Servicios en una sala de emergencia de hospital, una instalación de atención médica de emergencia independiente o una Instalación de Emergencia Comparable;
2. Servicios incurridos antes de la Fecha de Entrada en Vigencia o después de la fecha de terminación del contrato del EOC;
3. Servicios no médicamente necesarios para prevenir, aliviar, curar o sanar lesiones corporales o enfermedades, excepto los servicios preventivos de rutina especificados;
4. Cargos por servicios profilácticos incluyendo, pero no limitado a, mastectomía profiláctica o cualquier otro servicio realizado para prevenir que un proceso de enfermedad se vuelva evidente en el tejido del órgano en una fecha posterior;
5. Servicios que sean experimentales o de investigación, o relacionados con tales, ya sea incurridos antes de, en relación con, o posterior al servicio que sea experimental o de investigación, excepto como se indica expresamente en esta EOC/ Contrato. El hecho de que un servicio sea el único tratamiento disponible para una condición no puede hacer que sea elegible para la cobertura si lo consideramos como experimental o de investigación;
6. Complicaciones relacionadas directamente con un servicio que no es una EOC/Servicio cubierto según este Contrato porque fue determinado por nosotros como experimental o de investigación o no médicamente necesario, salvo lo expresamente previsto en este Contrato. Directamente relacionado significa que el servicio ocurrió como resultado directo del servicio experimental o de investigación o no médicamente necesario y no habría tenido lugar en ausencia del servicio experimental o de investigación o no médicamente necesario;
7. Servicios que exceden la cantidad de beneficios disponibles para un servicio en particular;
8. Servicios o tratamiento para complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos;
9. Servicios, excepto para atención de emergencia, relacionados con una enfermedad o lesión corporal incurridos como resultado de la Persona Cubierta. Servicios relacionados con una enfermedad o lesión corporal como resultado de:
 - a. Para los cuales no se cobra ningún cargo o por el cual la Persona Cubierta no estaría obligada a pagar si no tenía esta cobertura, a menos que se reciban cargos y sean reembolsables al gobierno de los Estados Unidos o a cualquiera de sus agencias según lo requerido por ley;

- b. Provisto o pagadero bajo cualquier plan o ley a través de un gobierno o subdivisión política, excepto Medicaid, a menos que esté prohibido por la ley que usted o la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar;
 - c. Provisto mientras una persona cubierta está confinada en un hospital o institución propiedad u operada por el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias a causa de cualquier enfermedad o lesión corporal relacionada con el servicio;
 - d. Que no sean prestados o no estén justificados en los expedientes médicos;
 - e. Proporcionado por un miembro de la familia o persona que reside con la Persona Cubierta;
 - f. Se realiza en asociación con un servicio no cubierto.
 - g. Servicios hospitalarios para pacientes internados cuando la persona cubierta se encuentra en estado de observación;
 - h. Salvo que se disponga lo contrario en este Contrato, servicios cosméticos, o cualquier complicación de ellos;
 - i. Cuidado custodial y cuidado de mantenimiento;
10. Servicios de ambulancia para el transporte de rutina hacía, desde o entre instalaciones médicas y / o la oficina de un doctor;
11. Aborto médico o quirúrgico electivo a menos que:
- a. El embarazo pondría en peligro la vida de la madre;
 - b. El embarazo es el resultado de violación o incesto.
12. Reversión de esterilización;
13. Tratamiento de infertilidad;
14. Disfunción sexual;
15. Servicios de cambio de sexo, independientemente de cualquier diagnóstico de problema de rol de género o de orientación psicosexual;
16. Exámenes de la vista o pruebas para la prescripción de lentes correctivos; queratotomía radial; queratoplastia refractiva; o cualquier otra cirugía o procedimiento para corregir miopía, hipermetropía o error estigmático; tratamiento ortóptico (ejercicios oculares); o la compra o instalación de lentes o lentes de contacto, a menos que se especifique en este Contrato;
17. Servicios dentales, equipos o suministros para el tratamiento de los dientes, encías, mandíbulas o procesos alveolares incluyendo, pero no limitado a, la extracción de dientes impactados parcial o totalmente sin brotar, cualquier cirugía oral o periodontal y cuidados preoperatorios y postoperatorios, implantes y procedimientos relacionados, procedimientos de ortodoncia y cualquier servicio dental relacionado con una lesión corporal o enfermedad, excepto según lo estipulado expresamente en este Contrato;
18. Pruebas pre quirúrgicas/de procedimiento duplicadas durante una internación hospitalaria;

19. Cualquier tratamiento para la obesidad, independientemente de los beneficios potenciales para las condiciones comórbidas, incluyendo, pero no limitado a:
 - a. Procedimientos quirúrgicos para la obesidad mórbida;
 - b. Servicios o procedimientos con el propósito de tratar una enfermedad o lesión corporal causada por, complicada o exacerbada por la obesidad; o
 - c. Complicaciones relacionadas con cualquier servicio prestado para la reducción de peso;
 - d. Procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de piel y/o grasa en conjunción con o como resultado de pérdida de peso o de cirugía para pérdida de peso;
20. Servicios de cuidado de los pies, en ausencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica, incluyendo, pero no limitado a:
 - a. Terapia de onda de choque para los pies;
 - b. Tratamiento de pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados;
 - c. El cuidado higiénico y el tratamiento de lesiones superficiales de los pies, tales como endurecimientos, callos o hiperqueratosis;
 - d. Tarsalgia, metatarsalgia o tratamiento de juanete, excepto la cirugía que implica la exposición de huesos, tendones o ligamentos;
 - e. Corte de uñas de los pies, exceptuando la remoción de la matriz de uñas; y
 - f. Soportes de arco, cuñas de talón, elevadores, insertos de calzado, ajuste o provisión de ortesis de pie o zapatos ortopédicos, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes o dedo en martillo;
21. Prótesis capilar, trasplantes o implantes capilares;
22. Servicios prestados en una clínica de síndrome premenstrual o clínica de medicina holística;
23. Servicios de trasplante, salvo lo expresamente previsto en este Contrato;
24. Artículos o suministros médicos de venta libre que pudieran ser recetados por doctor pero que también están disponibles sin una orden escrita o receta, a excepción de los servicios preventivos;
25. Inmunizaciones incluyendo aquellas requeridas para viajes al extranjero para personas cubiertas de cualquier edad, excepto como se estipule expresamente en este Contrato;
26. Tratamiento para cualquier problema articular de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, trastorno de la articulación temporomandibular, trastorno craneomaxilar, trastorno craneomandibular, trastorno neuromuscular de cabeza y cuello u otras condiciones de la articulación que une el hueso de la mandíbula y el cráneo;

27. Pruebas, orientación o servicios genéticos;
28. Gastos para exámenes de empleo, o examen físico para la escuela, deportes o campamento o con el fin de obtener seguro, exámenes/pruebas premaritales;
29. Servicios recibidos en una sala de emergencia a menos que se trate de atención de emergencia;
30. Cualquier gasto incurrido por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios de atención de emergencia;
31. Servicios recibidos durante una internación hospitalaria cuando está relacionada principalmente con problemas de conducta, desajuste social, falta de disciplina u otras acciones antisociales que no son específicamente resultado de una enfermedad mental;
32. Servicios y suministros que son:
 - a. Prestados en relación con enfermedades mentales no clasificadas en el actual Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales;
 - b. Se extiende más allá del período necesario para la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje y de conducta o para retraso mental; y
 - c. Se excluye específicamente la consejería matrimonial;
33. No se proveerán beneficios para:
 - a. Inmunoterapia para el aborto recurrente;
 - b. Quimionucleólisis;
 - c. Litotricia biliar;
34. Monitoreo de la actividad uterina en el hogar;
35. Terapia del sueño;
36. Tratamiento con luz para el trastorno afectivo estacional (SAD);
37. Inmunoterapia para la alergia alimentaria;
38. Proloterapia;
39. Bandas craneales;
40. Cirugía de hiperhidrosis; y
41. Terapia de integración sensorial;
42. Cargos por medicina alternativa, incluyendo diagnóstico médico, tratamiento y terapia.
43. Los servicios de medicina alternativa incluyen, pero no están limitados a:
44. Acupresión;
45. Acupuntura;
46. Aromaterapia;
47. Ayurveda;
48. Biorretroalimentación (excepto en la medida en que incluya terapia de neuroretroalimentación que sea médicamente necesaria para el tratamiento de una lesión cerebral adquirida);
49. Curación mediante la fe;
50. Imágenes mentales guiadas;
51. Medicina herbolaria;
52. Medicina holística;
53. Homeopatía;

54. Hipnosis;
55. Macrobiótica;
56. Terapia de masajes;
57. Naturopatía;
58. Terapia de ozono;
59. Reflexología;
60. Respuesta de relajación;
61. Rolfinng;
62. Shiatsue; y
63. Yoga;
64. Enfermería de servicio privado; *Este beneficio solamente es disponible para miembros inscrito en el Plan Premier de IdealCare.
65. Gastos de vida; viaje; transporte, excepto como se indica expresamente en la disposición de Servicios de Ambulancia o en la sección de Trasplantes en la sección de Sus beneficios de Contrato para este Contrato; y
66. Cargos por servicios que se usan principal y habitualmente con fines no médicos o que se usan para el control o mejora del medio ambiente (prescritos o no por un profesional de la salud) incluyendo, pero no limitados a:
67. Artículos comunes del hogar tales como acondicionadores de aire, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, camas de agua, colchones o almohadillas hipoalergénicas, o equipo de ejercicio;
68. Motonetas o equipo de transporte motorizado, escaleras mecánicas, ascensores, rampas, modificaciones o adiciones a los cuartos de sala/trabajo o vehículos de transporte;
69. Equipo de higiene personal incluyendo sillas de baño/ducha, equipo de transferencia o suministros o inodoros de cama;
70. Artículos de confort personal incluyendo almohadas cervicales, sillas de reducción lumbar por gravedad, piscinas, hidromasajes o spas o saunas;
71. Equipos médicos incluyendo dispositivos de control de la presión arterial, luces PAVA y estetoscopios;
72. Cargos por cuotas de afiliación o cuotas de programa pagadas por una Persona Cubierta, incluyendo, pero no limitados a, clubes de salud, spas de salud, acondicionamiento aeróbico y de resistencia, programas de fortalecimiento para el trabajo y programas de pérdida de peso o similar y cualquier material o productos relacionados con estos programas;
73. Sistemas de comunicación, sistemas telefónicos, televisivos o de cómputo y equipo o elementos o similares relacionados; y
74. Dispositivos de comunicación excepto después de la extirpación quirúrgica de la laringe o un diagnóstico de falta permanente de función de la laringe.
75. Servicios para la fecundación in vitro y de promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extra coitales,

incluyendo, pero no limitados a, inseminación artificial, inseminación intrauterina, mejoramiento de la capacidad de súper ovulación uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación tubárica transuterina, transferencia intratubárica de gametos, transferencia de estado de oocito pronuclear, transferencia intratubárica de cigoto y transferencia de embriones tubáricos.

76. Análisis de comportamiento aplicado para trastornos del espectro autista.

REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN PREVIA

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

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

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

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

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

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

- (a) En esta sección, "circunstancia especial" significa una condición con respecto a la cual un médico o proveedor de tratamiento considera razonablemente que suspender la atención por ese médico o proveedor podría causar daño a un afiliado que es un paciente. Ejemplos de un afiliado que tiene una circunstancia especial incluyen un afiliado con una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal o que haya pasado la 24^a semana de embarazo.
- (b) Cada contrato entre una organización de mantenimiento de la salud y un médico y proveedor debe proveer que la terminación del contrato, excepto por razones de competencia médica o conducta profesional, no libera a la organización de mantenimiento de la salud de la obligación de reembolsar a un médico o proveedor que provee médicamente Tratamiento necesario en el momento de la terminación a un afiliado que tiene una circunstancia especial de acuerdo con los dictados de la prudencia médica. Sujeto a las subsecciones (d) y (e), la organización de mantenimiento de la salud debe proporcionar un reembolso continuo a no menos de la tarifa del contrato a cambio de que el afiliado continúe recibiendo tratamiento continuo del médico o proveedor.
- (c) El médico o proveedor de tratamiento deberá identificar una circunstancia especial. El médico o proveedor de tratamiento debe:
 - (1) solicitar que se permita a un afiliado continuar el tratamiento bajo el cuidado del médico o proveedor; Y
 - (2) se compromete a no solicitar el pago del inscrito de cualquier cantidad por la cual el afiliado no sería responsable si el médico o proveedor continuó siendo incluido en la red de entrega de la organización de mantenimiento de la salud.

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

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

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

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR ESCRITO O VERBALMENTE

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

También puede presentar una queja llenando y devolviendo el Formulario de quejas que se encuentra en nuestro sitio web en <http://senderohealth.com/idealcareeng/resources.html>.

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

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

Texas Department of Insurance (TDI)
Consumer Protection, MC 111-1A
P.O. Box 14091
Austin, TX 78714-9091
Fax: (512) 490-1007
Página Web: <http://www.tdi.texas.gov>
Correo electrónico:
ConsumerProtection@tdi.texas.gov

PROCESO DE APELACIÓN

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

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

Si su circunstancia implica una condición que amenaza su vida usted, medicamentos recetados o infusiones intravenosas para las cuales el paciente está recibiendo beneficios de salud bajo la evidencia de

cobertura tiene derecho a un recurso inmediato a una Revisión Externa Federal Independiente. Este proceso no está obligado a cumplir con los procedimientos para una apelación de la Revisión Externa Federal Independiente determinación adversa.

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

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

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

APELACIONES ACELERADAS

Una apelación acelerada se realiza cuando se requiere que IdealCare tome una decisión rápida basada en su estado de salud, y en caso de tomarse el tiempo necesario para una apelación estándar, ello pudiera poner en peligro su vida o salud, por ejemplo, cuando se encuentra hospitalizado, se le ha negado continuar con un tratamiento, medicamentos recetados o infusos intravenosos. Para solicitar una apelación acelerada, llame gratis a nuestro Departamento de Servicios de Salud al 1-855-297-9191. También puede solicitar una apelación acelerada por escrito. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible y les informaremos de dicha decisión a usted basado en sus necesidades, pero sin exceder de un día hábil desde la fecha de su solicitud.

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

REVISIÓN EXTERNA FEDERAL INDEPENDIENTE

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

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

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP)

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

Para una lista de proveedores de IdealCare, visite nuestro sitio web en www.senderohealth.com/idealcarenetwork. Proveedores dentro de la red se encuentran en la Área de Travis lo cual incluye los condados de: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis, y Williamson. También puede llamar a Servicio al Cliente sin costo al 1-844-800-4693

para recibir asistencia con encontrar un proveedor. IdealCare utiliza procesos estandarizados para evaluar y aprobar los proveedores para su inclusión dentro de la red de IdealCare. Los proveedores dentro de la red son revisados de forma regular para asegurar que continúen cumpliendo con los estándares de IdealCare.

Por favor, ayude a su PCP a:

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

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

CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS

Queremos que nuestros miembros queden satisfechos con todos los aspectos de su atención médica.

Si por cualquier razón usted quiere cambiar su PCP, por favor llame sin costo a Servicio al Cliente al 1-844-800-4693. Usted puede también solicitar un cambio de PCP a través de nuestro portal seguro para miembros.

ELECCIÓN DE SU OBSTETRA Y GINECÓLOGO

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

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

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

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

ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

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

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

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

PROGRAMACIÓN DE CITAS

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

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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

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

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

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

La mayoría de los proveedores presentarán las reclamaciones por usted. Una reclamación es una factura detallada que su proveedor de atención médica (como su médico, clínica u hospital) envía al asegurador de salud. Esta factura muestra exactamente qué servicios recibió. Si su proveedor no lo hace, por favor presente una factura o un recibo detallado dentro de los 95 días a partir del día en que recibió dichos servicios. IdealCare revisará el reclamo y si los servicios recibidos fueron proporcionados por un proveedor y o instalación dentro de la red nosotros vamos a pagar la reclamación basada en nuestra tarifa contratada con el proveedor o instalación. Si recibe servicios de emergencia de un médico o proveedor fuera de la red, IdealCare pagará al proveedor al tipo normal y habitual o en una tarifa convenida. Los servicios que no son de emergencia recibidos de un proveedor o centro y fuera de la red no serán cubiertos.

Envíe su reclamación a:

IdealCare by Sendero Health Plans
Attn: Claims
P.O. Box 301425
Houston, TX 77230

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

Si usted recibe Servicios de Emergencia en una institución fuera de la red, usted será responsable de cualquier saldo por los servicios facturados que IdealCare no pague.

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

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

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES

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

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

NECESIDAD MÉDICA

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

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

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

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

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

NEGACIONES O LIMITACIONES A LA SOLICITUD DEL MÉDICO PARA SERVICIOS CUBIERTOS

IdealCare pudiera negar los servicios de atención médica que no se consideren médicamente necesarios. Si IdealCare niega los servicios de atención médica, se le enviará una carta con la explicación de la denegación, incluyendo instrucciones sobre cómo presentar una apelación, si corresponde.

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

Envíe su apelación a:

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

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

SERVICIO AL CLIENTE

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

Ellos pueden:

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

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

ASISTENCIA CON EL IDIOMA



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

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


TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

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

de IdealCare. Mantenga su tarjeta de identificación con usted. IdealCare puede terminar su cobertura por uso fraudulento o falsedad intencional.

Member Name:
 Member ID#:
 Effective Date:
 Co-payment Amounts: OV: ER: IP: SP:
 RX Brand: RX Generic: RX Non-Preferred: RX Specialty:
 PCP: (Name of Provider)
 PCP Phone #:
 Customer Service Phone Number:
 1-844-800-4693



BIN: 610602
 PCN: NVT
 Rx GRP: SNX

IMPORTANT INFORMATION/INFORMACIÓN IMPORTANTE

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

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

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

Submit Professional Claims to: Sendero Health Plans, PO Box 301425 Houston, TX 77230

REV 10/17

CONFIDENCIALIDAD

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

Si desea que alguien que no sea usted mismo acceda a su cuenta, o si es el Jefe de Hogar (HOH iniciales en inglés) o el tutor legal de un

menor cubierto por IdealCare, debe presentar un Formulario de Información de salud protegida (PHI iniciales en inglés) para obtener información de la cuenta. El formulario PHI se puede descargar desde el sitio web de IdealCare. También puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-844-800-4693 para solicitar que le envíen un formulario a la dirección que aparece en la cuenta de Miembro.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

PERIODO DE GRACIA

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

IdealCare proporciona a los miembros un período de gracia de tres (3) meses consecutivos si el miembro está recibiendo un Crédito Tributario por Adelantado (APTC iniciales en inglés) y ha pagado al menos una prima de un mes completo durante el año de beneficios. Los miembros que no están recibiendo un APTC o están inscrito en un plan fuera del Intercambio sólo tienen un período de gracia de 30 o 31 días.

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

REEMBOLSO DE PRIMA

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

FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO

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

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

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

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

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

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
- Nombre y direcciones de las instalaciones (hospital, asilo de ancianos, agencia de servicios médicos a domicilio, etc.);

- Tipo de proveedor (proveedor, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.);
- Nombres y números de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Fechas de los eventos; y
- Resumen de lo sucedido

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

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

PROTECCIÓN INTERNA DE INFORMACIÓN MEDICA PERSONAL

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

- Difundir una Notificación de Prácticas de Privacidad para los miembros cubiertos y publicarla en el sitio Internet de IdealCare en www.senderohealth.com/IdealCare.
- Distribuir una Notificación de las Prácticas de Privacidad y otra información entre los médicos y las instalaciones acerca de las prácticas de privacidad de IdealCare.
- En la interacción diaria con los miembros y proveedores, los proveedores de IdealCare y los representantes de Servicio al Cliente informan a los miembros y a los proveedores sobre nuestros procedimientos para verificar la identidad y la autoridad de las personas que llaman para hablar sobre la información médica protegida.

EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

IdealCare evalúa sistemáticamente la inclusión de nuevas tecnologías y las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes como servicios cubiertos, de manera oportuna. Su beneficio de seguro le brinda cobertura solo para aquellas terapias que según la literatura médico-científica se ha demostrado que son seguras y efectivas. El proceso de evaluación de la tecnología de IdealCare garantiza que la cobertura estará disponible cuando haya evidencia de seguridad y efectividad. El equipo para la evaluación de la tecnología médica de IdealCare llevará a cabo una revisión de la tecnología actual, así como también revisiones de atención específicas, utilizará para

esta información actualizada proveniente de fuentes que incluyen, pero no se limitan a: evidencia basada en la literatura médica, consultores certificados por el Colegio Médico, grupos de trabajo de médicos, sociedades profesionales y agencias gubernamentales. El comité de terapéutas y farmacéuticos de IdealCare revisan y evalúan los medicamentos que son nuevos para la comunidad médica.

SUBROGACIÓN

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

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

Por favor vea la EOC que se encuentra en:

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

para obtener una descripción completa de sus derechos y obligaciones

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

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

Usted tiene derecho a:

- Recibir cobertura para sus beneficios médicos y el tratamiento que está disponible cuando usted lo necesita y se maneja de una manera que respete su privacidad y dignidad.
- Recibir información sobre los beneficios de su plan de salud, médicos y proveedores, derechos y responsabilidades del miembro, incluyendo información sobre servicios cubiertos y no cubiertos y los costos que usted será responsable por pagar.
- Tener una conversación y participar con su proveedor de salud médica sobre su decisión de su salud y que su proveedor de

salud médica le dé información sobre su condición médica y sus opciones de tratamiento, independientemente de la cobertura o el costo. Usted tiene el derecho de recibir esta información en términos y lenguaje que usted entienda.

- Aprender acerca de los cuidados que reciba. Usted debe ser notificada sobre quien está disponible para ayudarle con cualquier programa especial de IdealCare o servicios que usted recibe y quien le puede ayudar para que usted pueda cambiar de programas o servicios.
- Expresar quejas y apelaciones sobre IdealCare o cualquier proveedor médico. Nuestro proceso está diseñado para escuchar y actuar sobre su queja o preocupación sobre IdealCare y/o la calidad de servicio que usted recibe de proveedores médicos y los diversos lugares dentro de nuestra red donde usted reciba servicios; proveer una amable y rápida respuesta y guiarlo través de nuestro proceso si no está de acuerdo con nuestra decisión.
- Hacer sugerencias con respecto nuestras pólizas que le afecta a sus derechos y responsabilidad. Si usted tiene alguna sugerencia o preocupación por favor de llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Revisar y comprender la información que recibe sobre su plan de seguro médico. Por favor de llamar a Servicio al Cliente cuando tenga una pregunta o una duda.
- Entender cómo obtener servicios y que suministros están cubiertos por su plan.
- Enseñar su tarjeta de identificación antes de recibir servicios médicos.
- Entender su condición médica y trabajar en conjunto con su doctor para desarrollar metas de tratamiento que estén de acuerdo tanto usted como su doctor.
- Seguir los planes e instrucciones para su cuidado de salud al cual usted y su doctor han acordado.
- Proporcionar información a IdealCare y a su doctor con el fin de darle servicios médicos.
- Pagar todos sus copagos, deducibles, y coseguro por los cuales usted es responsable de pagar cuando reciba los servicios médicos o cuando se deban.

- Acudir a sus citas médicas y notificar a la oficina de su doctor con tiempo si usted va llegar tarde o no va poder asistir a su cita.
- Expresar sus opiniones, dudas o quejas a Servicio al Cliente de IdealCare o/a su doctor.
- Notificar al seguro médico o su doctor lo más pronto posible sobre cualquier cambio como si su familia gana un miembro de la familia, dirección, número telefónico o si usted decide dar de baja algún programa o servicio con IdealCare.

ACCESIBILIDAD SIN DISCRIMINACIÓN

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

IdealCare:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con IdealCare.

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

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

TTY: 711

Fax: 512-901-9724

Complaints.Sendero@senderohealth.com.

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

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

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