



AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN DESCRIPCIÓN ESCRITA DE LA COBERTURA

PROPORCIONADA POR CELTIC INSURANCE FOR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN

(En adelante referido como “Ambetter from Superior HealthPlan”)

LEA DETENIDAMENTE SU PÓLIZA. Este resumen de la cobertura proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su póliza. Este no es el contrato del seguro y sólo las disposiciones reales de la póliza serán las que prevalezcan. La propia póliza establece, de forma detallada, los derechos y obligaciones de ambos, usted y su compañía de seguros. Por lo tanto, es importante que ¡LEA DETENIDAMENTE SU PÓLIZA!

La entidad que proporciona a usted esta cobertura es una compañía de seguros, Celtic Insurance Company. Su póliza de seguro de salud sólo proporciona beneficios por servicios recibidos de *proveedores preferidos*, a menos que se especifique lo contrario en el *contrato* y en la descripción escrita o a menos que sea requerido de otro modo por la ley.

Una *red de proveedores exclusivos* es un grupo de *médicos* y *proveedores* de atención médica preferidos disponibles para usted bajo un *plan de beneficio de proveedor exclusivo* y directa o indirectamente con contrato con nosotros para proporcionar servicios de atención médica o de salud para usted y todas las personas aseguradas bajo el plan.

Para obtener información adicional, escriba o llame a:

Ambetter from Superior HealthPlan

5900 E. Ben White Blvd.

Austin, TX 78741

1-877-687-1196

Proveedor de la red, o proveedor preferido, es el grupo de *médicos* y *proveedores* de atención médica disponible para usted bajo este *plan de beneficio de proveedor exclusivo* y directa o indirectamente contratado para proporcionar servicios médicos o de atención médica a usted. Proveedor que no pertenece a la red, o *proveedor no preferido*, es un *médico* o *proveedor* de atención médica, o una organización de *médicos* o *proveedores* de atención médica, que no tienen contrato con Ambetter from Superior HealthPlan para proporcionar cuidado o atención médica en base a beneficios preferidos para usted a través de esta póliza de seguro de salud. Los servicios recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* no están cubiertos, excepto como específicamente se establece en esta póliza.

Servicios y beneficios cubiertos

El Resumen de Beneficios de Ambetter from Superior HealthPlan y folletos para todas las opciones de planes pueden encontrarse en los vínculos más abajo. Estos documentos le explicarán todos los servicios y beneficios cubiertos, inclusive el pago por los servicios de un *proveedor preferido* y de un *proveedor no preferido*, y la cobertura de *medicamentos con receta*, ambos genéricos y nombre de marca después que el *deducible* haya sido pagado. El resumen de beneficios también le proporcionará una explicación de su responsabilidad financiera para el pago de cualquier prima, *deducibles*, *copagos*, *coaseguros* u otros gastos de su propio bolsillo para servicios no cubiertos o no preferidos. Se hace notar que pagaremos los honorarios negociados o el cargo usual y acostumbrado a los *proveedores no preferidos* o *proveedores que no pertenecen a la red*, como se explica bajo la definición de “*gasto por servicio elegible*” que se encuentra en *su contrato*.

[Planes de Atención Médica Esencial/Nivel Bronce](#)

[Planes de Atención Médica Balanceada/Nivel Plata](#)

[Planes de Atención Médica Segura/Nivel Oro](#)

Servicios y beneficios de atención médica de emergencia

Su póliza de seguro de salud proporciona cobertura para emergencias médicas dondequiera que ocurran. En una emergencia, llame siempre al 911 o acuda a la sala de emergencia (ER) del *hospital* más cercano.

Cualquier cosa que pueda poner en peligro su vida (o la vida de su bebé en gestación, si está embarazada) sin atención médica inmediata se considera una situación de emergencia. Ejemplos de emergencias médicas son sangrados inusuales o excesivos, huesos fracturados, dolor agudo abdominal o del pecho, pérdida de la conciencia, convulsiones, dificultad para respirar, sospecha de ataque cardíaco (infarto), dolor repentino persistente, lesiones o quemaduras múltiples o graves y envenenamiento.

Si es razonablemente posible, usted debería comunicarse con un *proveedor de la red* o con un médico para la salud del comportamiento antes de acudir a la sala de emergencia/sala de tratamiento del *hospital*. Él/ella puede ayudarle a determinar si usted necesita *atención médica o tratamiento de emergencia* de una *lesión* por accidente y recomienda ese tratamiento. Si no puede comunicarse con su *proveedor* y considera que la atención médica que necesita es una emergencia, usted deberá acudir a la *instalación* de emergencia más cercana, *si la instalación es un proveedor preferido/de la red o no*.

Si es admitido por la afección de emergencia inmediatamente después de la visita, se requerirá *autorización previa* de la admisión como *paciente hospitalizado*, y los gastos como *paciente hospitalizado* aplicarán. Todo tratamiento recibido durante las primeras 48 horas después del inicio de una emergencia médica será elegible para beneficios de la red. Después de las 48 horas, los beneficios de la *red* estarán disponibles sólo si usa los proveedores *preferidos/de la red*. Si después de las primeras 48 horas de tratamiento después del inicio de una emergencia médica, y si usted puede seguramente ser trasladado para la atención de un *proveedor preferido/de la red* pero está recibiendo tratamiento de un *proveedor que no pertenece a la red*, sólo los beneficios fuera de la red estarán disponibles.

Su póliza también cubre atención médica después de las horas hábiles. A veces usted necesita ayuda médica para afecciones que no ponen en peligro la vida cuando el consultorio de *su PCP* está cerrado. Si eso sucede, usted tiene opciones. Usted puede llamar a nuestra Línea de Consejo de Enfermería 24/7 al 1-877-687-1196. Un(a) enfermero(a) registrado(a) siempre está disponible y listo(a) para responderle las preguntas sobre la salud. Usted puede obtener asesoramiento médico, un diagnóstico o una receta por teléfono o vídeo usando nuestros servicios de Telesalud 24/7, visite nuestro sitio web para obtener más detalles. Usted también puede acudir a un *centro de atención urgente*. El *centro de atención urgente* proporciona atención práctica y rápida para *enfermedades o lesiones* que no son potencialmente mortales pero que necesitan ser tratadas dentro de las 24 horas. Típicamente, usted acudirá a un centro de atención urgente si su *PCP* no puede atenderlo(a) para una consulta inmediatamente. Los problemas de atención médica urgente incluyen esguinces, infecciones de los oídos, fiebre alta, y síntomas de gripe o vómitos.

Servicios y beneficios fuera del área

Cuando se encuentra fuera del *área de servicio*, la atención de rutina o de mantenimiento no está cubierta. Sin embargo, su póliza de seguro de salud cubre atención médica de emergencia fuera del *área de servicio*, sujeta a *deducibles, coaseguro* y cantidad máxima de su propio bolsillo, como se lista en la sección de Servicios y suministros de atención médica cubiertos de su *contrato*. La definición de *área de servicio* de Ambetter from Superior HealthPlan se define dentro de este documento.

Responsabilidad financiera del asegurado

Las siguientes son las características de su póliza de seguro con Ambetter from Superior HealthPlan que requieren que usted asuma la responsabilidad financiera para el pago de primas, *deducibles*, *coaseguro* o cualquier otro gasto de su propio bolsillo por servicios no cubiertos. Usted será completamente responsable por el pago de cualquier servicio que no sea *gasto de servicio cubierto* o que se obtenga fuera de la red, con la excepción de los servicios de emergencia o servicios fuera de la red con *autorización previa* inclusive el acceso a *proveedores no preferidos* cuando un *proveedor preferido* no esté razonablemente disponible para usted.

Pago de primas

LAS PRIMAS ESTÁN SUJETAS A CAMBIO AL MOMENTO DE RENOVAR LA PÓLIZA. Las primas de renovación para esta póliza se aumentarán periódicamente dependiendo de su edad y el año de la póliza.

Cada prima se debe pagar a nosotros en la fecha de vencimiento o antes. La prima inicial debe pagarse antes de la *fecha de entrada en vigencia* de la cobertura, aunque podría proporcionarse una extensión durante el período de inscripción abierta anual.

Período de gracia

Cuando un *afiliado* está recibiendo subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 90 días por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia el *contrato* continúa en vigencia.

Si durante el período de gracia no se recibe el pago completo de la prima, la cobertura se dará por terminada el último día del primer mes durante el período de gracia, si se reciben *créditos fiscales para las primas por adelantado*.

Nosotros continuaremos pagando todas las reclamaciones apropiadas por servicios cubiertos prestados al *afiliado* durante el primero y segundo mes del período de gracia, y podrían seguir pendientes las reclamaciones por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* en el tercer mes del período de gracia. Nosotros notificaremos al Departamento de Salud y Servicio Humanos (HHS) de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el *afiliado* está en el tercer mes del período de gracia. Nosotros continuaremos recopilando los *créditos fiscales para las primas por adelantado* del Departamento del Tesoro en nombre del *afiliado* y devolveremos los *créditos fiscales para las primas por adelantado* en nombre del *afiliado* por el segundo y tercer mes del período de gracia si el *afiliado* agota su período de gracia como se describe arriba. Un *afiliado* no es elegible para volverse a afiliarse una vez la cobertura se haya dado por terminada, a menos que el *afiliado* tenga una circunstancia especial de afiliación tal como matrimonio o nacimiento en la familia o durante los períodos anuales de afiliación abierta.

Cuando un *afiliado* no está recibiendo un subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 60 días por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia el *contrato* continúa en vigencia.

Los pagos de las primas se hacen por adelantado, en base mensual. Los pagos mensuales deberán realizarse antes o el primer día de cada mes para cobertura efectiva durante ese mes. Esta provisión significa que si cualquier prima requerida no es pagada antes o el día que se vence, puede ser pagada durante el período de gracia. Durante el período de gracia, el *contrato* permanecerá en vigencia; sin embargo las reclamaciones podrían seguir pendientes por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el período de gracia. Nosotros notificaremos al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el *afiliado* está en el período de gracia.

Deducibles

Además de su prima, su póliza de seguro de salud requiere que usted pague la cantidad del *deducible* de una de las opciones de planes disponibles por cada persona cubierta por cada año de calendario.

Los beneficios del plan estarán disponibles después del pago de todos los *deducibles* aplicables según se muestran en su *Programa de beneficios*. Los *deducibles* se explican como sigue:

Deducible del año de calendario: La cantidad *deducible* individual que se muestra bajo “Deducibles” en su *Programa de beneficios* deberá ser pagada por cada participante bajo su cobertura cada año de calendario.

Este *deducible*, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de *gastos por servicios elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles bajo este *contrato*.

Las siguientes son excepciones de los *deducibles* descritos arriba:

1. Si usted tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicarse hacia la cantidad de *deducible* “individual” serán aplicados hacia la cantidad de *deducible* “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios*.
2. Cuando se alcanza esa cantidad de *deducible* familiar, no tendrán que pagarse *deducibles* individuales adicionales por el resto del año de calendario. Ningún *afiliado* contribuirá más de la cantidad de *deducible* individual a la cantidad de *deducible* “familiar”.

La *cantidad del deducible* no incluye ninguna *cantidad de copago*.

Después de haber cumplido con el *deducible*, los beneficios regulares de la póliza pagarán por los gastos cubiertos en el nivel de porcentaje de *coaseguro* por los gastos cubiertos para *paciente internado* y *paciente ambulatorio* cada año de calendario. Sus pagos de la póliza de seguro de salud pueden ser limitados por las exclusiones y limitaciones de la póliza. Usted será responsable de cualquier cargo que se haya dejado sin pagar después que Ambetter from Superior HealthPlan haya pagado hasta los límites y obligaciones de su póliza.

Cantidad de compensación por pérdida (Stop-Loss) del coaseguro

La mayoría de las obligaciones de pago por sus *gastos por servicios elegibles*, inclusive las *cantidades de copago*, se consideran cantidades de *coaseguro* y son aplicables a la cantidad máxima stop-loss del *coaseguro*.

Su cantidad stop-loss *del coaseguro* **no** incluirá:

1. Servicios, suministros, o cargos limitados o excluidos por el *contrato*;

2. Gastos no cubiertos porque se ha alcanzado el máximo del beneficio;
3. Cualquier *gasto elegible* pagado por el plan primario cuando Ambetter from Superior HealthPlan es el plan secundario para fines de coordinación de beneficios;
4. Cualquier *deducible*;
5. Sanciones aplicadas por incumplimiento para recibir *autorización*;
6. Cualquier *cantidad de copago* pagada bajo el beneficio de farmacia; o
7. Cualquier gasto médico/quirúrgico que quede por pagar en exceso de los beneficios proporcionados para medicamentos cubiertos.

Cantidad Stop-Loss del coaseguro individual

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para un *afiliado* en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop-Loss del coaseguro” “individual” mostrada en su *Programa de beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100 por ciento para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por ese *afiliado* por el resto del año de calendario para ese nivel.

Cantidad Stop-Loss del coaseguro familiar

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para todos los *afiliados* bajo su cobertura en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop-Loss del *coaseguro*” “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100% para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por todos los *afiliados* de la familia por el resto del año de calendario para ese nivel. No se requerirá que ningún *afiliado* contribuya más que la cantidad de *coaseguro* individual a la cantidad Stop-Loss del *coaseguro* familiar.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el porcentaje de *coaseguro* aplicable en exceso de la(s) *cantidad(es) de deducible* aplicable(s) y la(s) *cantidad(es) de copago* por un servicio o suministro que:

1. Califica como un *gasto de servicio cubierto* bajo una o más de las provisiones del beneficio; y
2. Se recibe mientras el seguro del *afiliado* está en vigencia bajo el *contrato* si el cargo por el servicio o suministro califica como un *gasto elegible*.

Cuando se alcanza la cantidad anual máxima que usted paga de su propio bolsillo, los *gastos por servicios cubiertos* adicionales serán proporcionados o pagaderos al 100 por ciento de los gastos permitidos.

La cantidad proporcionada o pagadera estará sujeta a:

1. Cualquier límite de beneficio específico estipulado en el *contrato*;
2. Una determinación de los *gastos por servicios elegibles*.
3. Cualquier reducción por gastos incurridos en un proveedor fuera de la red.

Consulte las *cantidades de deducible, coaseguro y copago* aplicables que se muestran en su *Programa de Beneficios*.

Cambiar el deducible

Usted puede aumentar el *deducible* a una cantidad actualmente disponible solamente si se

afilia a través de un período especial de afiliación. Una solicitud para un aumento en el *deducible* entre el primero y el día 15 del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el día 16 y el último día del mes se volverán efectivas el primer día del segundo mes siguiente. Su prima será entonces ajustada para reflejar este cambio.

Cobertura bajo otras provisiones del contrato

Cargos por servicios y suministros que califican como *gastos por servicios cubiertos* bajo una provisión del beneficio no calificarán como *gastos por servicios cubiertos* bajo cualquier otra provisión de beneficio de este *contrato*.

Limitaciones y exclusiones de la póliza de seguro de salud

No se proporcionarán ni pagarán beneficios por:

1. Cualquier servicio o suministro que sería proporcionado sin costo para el *afiliado* o *afiliados* en caso de no tener una aseguradora que cubriera el cargo.
2. Gastos, honorarios, impuestos, o recargos impuestos al *afiliado* o *afiliado por un proveedor* (inclusive un *hospital*) pero que en realidad el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
3. Cualquier servicio proporcionado por un *miembro de la familia inmediata de un afiliado*, inclusive alguna persona relacionada con un *afiliado* por sangre, matrimonio o adopción, o quien normalmente es un miembro del hogar del *afiliado*.
4. Cualquier servicio no identificado e incluido como *servicio cubierto* bajo el *contrato*. *Usted* será totalmente responsable por el pago de cualquier servicio que no es un *gasto por servicio cubierto*.
5. Cualquier servicio en el que otra cobertura sea primaria a Ambetter debe ser pagado primero por el pagador primario antes de considerar la cobertura de Ambetter.
6. Para cualquier atención *no necesaria desde el punto de vista médico*-ordenada por un tribunal para un diagnóstico médico/quirúrgico o de salud mental/trastorno por consumo de sustancias, a menos que lo exija la ley estatal.

Aún si no está específicamente excluido en este *contrato*, ningún beneficio será pagado por un servicio o suministro a menos que éste:

1. Sea administrado u ordenado por un *proveedor*; y
2. *Sea necesario desde el punto de vista médico* para el diagnóstico o tratamiento de una *lesión o enfermedad*, o esté cubierto bajo la provisión de Servicios de cuidados preventivos.

Los gastos por servicios cubiertos no incluirán, y ningún beneficio será proporcionado o pagado por cualquier cargo incurrido por:

1. Servicios o suministros que son proporcionados antes de la *fecha de vigencia* o después de la fecha de terminación de este *contrato*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan al *gasto elegible*.
3. Modificación de peso, o por tratamiento quirúrgico de la obesidad, inclusive alambrado de los dientes y todas las formas de *cirugía* de derivación gástrica.
4. Por reducción o aumento cosmético del seno, excepto para el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de la disforia de género.
5. Reversión de procedimientos de esterilización y vasectomías.
6. Aborto (a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el embarazo se lleva a término).
7. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los *gastos por servicios cubiertos*.
8. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
9. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
10. Consultas telefónicas, excepto para los que cumplen con la definición de *servicios de telesalud* o *servicios médicos de telemedicina*, o por no acudir a una cita programada.
11. Períodos de espera por disponibilidad de un profesional médico cuando no se presta

- ningún tratamiento.
12. Gastos por *servicios dentales*, inclusive aparatos de ortodoncia (frenos) para cualquier afección médica o dental, *cirugía* y tratamiento de *cirugía* oral, excepto según lo dispuesto expresamente en su provisión de beneficios dentales, si es aplicable.
 13. *Tratamiento cosmético*, excepto para *cirugía reconstructiva* para mastectomía o que esté relacionada a o sea después de una *cirugía* o una *lesión* por trauma, infección o enfermedades de la parte involucrada que estaba cubierta bajo el *contrato* o es realizada para corregir un defecto de nacimiento.
 14. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
 - a. Servicios para pruebas psicológicas asociadas con la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje;
 - b. Consejería matrimonial;
 - c. Consejería prematrimonial;
 - d. Atención o análisis ordenados por el tribunal, o exigidos como condición de la libertad condicional o de la libertad vigilada. Se permitirán beneficios para los servicios que de otro modo estarían cubiertos por esta póliza;
 - e. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés; o
 - f. Evaluación con el fin de mantener el empleo. Se permitirán beneficios para los servicios que de otro modo estarían cubiertos por esta póliza.
 15. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de Servicios de trasplante.
 16. Para cirugía refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
 17. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
 18. Para terapia vocacional o recreativa, *rehabilitación* vocacional, terapia del habla como paciente ambulatorio, o terapia ocupacional, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
 19. Para anteojos, lentes de contacto, refracción ocular, terapia visual, o para cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
 20. Para *servicios no probados o tratamientos experimentales o de investigación*. El hecho que un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* sea el único tratamiento disponible para una enfermedad particular no resultará en beneficios si el procedimiento es considerado que es un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
 21. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje hasta por un máximo de 90 días consecutivos.
 22. Como resultado de una *lesión o enfermedad* que se origine de, o en el curso del empleo por sueldo o ganancia, si el *afiliado* está asegurado, o se requiere que esté asegurado, por el Seguro de compensación del trabajador en cumplimiento con la ley estatal o federal aplicable. Si usted entra en un acuerdo que renuncia al derecho del *afiliado* para recuperar beneficios médicos futuros bajo la ley de compensación del trabajador o el plan de seguros, esta exclusión todavía aplicará. En el caso que la compañía de seguros de compensación del trabajador niegue la cobertura por un reclamo de compensación laboral del *afiliado*, esta exclusión aún aplicará a menos que la negación sea apelada ante la agencia gubernamental apropiada y la negación sea respetada por esa agencia.

23. Para *cirugía* de reducción fetal.
24. Excepto que específicamente se identifique como un *gasto por servicio cubierto* bajo el *contrato*, servicios o gastos para tratamientos alternativos, inclusive acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, terapia de masajes y presiones, y otras formas de tratamiento alternativo como se define por la Oficina de medicina alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
25. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guiar, o acompañar a otros en cualquiera de lo siguiente: deportes semiprofesionales o profesionales; deportes intercolegiales (no incluye deportes intramuros); carrera o prueba de velocidad de cualquier vehículo no motorizado o de transporte (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); deportes de rodeo; equitación (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); escalada en roca o montañismo (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); o esquiando (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción).
26. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras opera, monta en, o desciende de cualquier tipo de aeronave si el *afiliado* es un piloto, funcionario, o el *afiliado* pertenece a la tripulación de dicha aeronave o proporciona o recibe alguna clase de capacitación o instrucciones, o de lo contrario tiene algunas funciones que requieran que él o ella esté a bordo en la aeronave.
27. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
28. Para los siguientes puntos misceláneos: fertilización in vitro, inseminación artificial (excepto cuando se requiere por la ley federal o estatal); biorretroalimentación; cuidado o complicaciones resultantes de *servicios no cubiertos*; productos quelantes; atención domiciliaria; alimentos y suplementos alimenticios, excepto para lo que está indicado en la provisión de Productos alimenticios médicos; cuidado de los pies de rutina, plantillas ortopédicas para pies o zapatos correctivos; membresía para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; cuidado de enfermería particular; servicios de *rehabilitación* para mejorar el rendimiento laboral, atlético, o recreativo; cuidado de rutina o electivo *fuera del área de servicio*; tratamiento de arañas vasculares; gastos de transporte, a menos que específicamente se describa en este *contrato*;
29. Servicios privados de enfermero(a) titulado(a) prestados a pacientes ambulatorios.
30. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
31. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.
32. Instalaciones en vehículos (modificaciones) que pueden incluir, pero no se limitan a: dispositivos adaptados en los asientos, sustitución de asas de las puertas, dispositivos de elevación, extensiones del techo y dispositivos de sujeción de las sillas de ruedas.
33. Acuerdo de Subrogación. Servicios de atención médica, incluidos los suministros y medicamentos relacionados con un Acuerdo de Subrogación para una madre sustituta, inclusive a una *afiliada* que actúe como tal o que use los servicios de una madre sustituta que pueda o no estar *afiliada*, y a cualquier niño nacido como resultado de un Acuerdo de Subrogación. Esta exclusión se aplica a todos los servicios de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un Acuerdo de Subrogación, a una madre sustituta inclusive, pero sin limitarse a:
 - a. Atención prenatal;
 - b. Atención intraparto (o la atención prestada durante el parto y el nacimiento);

- c. Atención posparto (o atención para la madre sustituta después del parto);
 - d. Servicios de salud mental relacionados con el Acuerdo de Subrogación;
 - e. Gastos relacionados con el semen del donante, inclusive la recolección y preparación para la implantación;
 - f. Los gametos o embriones del donante o el almacenamiento de los mismos relacionados con un Acuerdo de Subrogación;
 - g. El uso de gametos o embriones congelados para lograr una futura concepción en un Acuerdo de Subrogación;
 - h. Diagnóstico genético preimplantación relacionado con el Acuerdo de Subrogación;
 - i. Toda complicación del niño o de la madre sustituta que resulte del embarazo; o
 - j. Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un Acuerdo de Subrogación.
 - k. Todos y cada uno de los servicios de atención médica, suministros o medicamentos proporcionados a cualquier niño nacido de una madre sustituta como resultado de un *Acuerdo de Subrogación* también están excluidos, excepto cuando el niño es el hijo adoptivo de los asegurados que poseen una póliza activa con nosotros y / o el niño posee una póliza activa con nosotros al momento del nacimiento.
34. Para todos los servicios de atención médica obtenidos en un centro de atención urgente que sea un proveedor que no pertenece a la red.
 35. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naprapatía para las afecciones causadas por un tejido miofascial o conectivo contraído, lesionado, con espasmos, moretones o afectado de cualquier otra forma.
 36. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naturopatía para el tratamiento de prevención, autocuración y uso de terapias naturales.
 37. Necesidad médica de servicios o suministros, en la medida en que dichos servicios o suministros se proporcionen como parte de un programa de cuidados paliativos en un hospicio.
 38. Acupuntura.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

No se pagarán beneficios bajo esta provisión de beneficios por servicios proporcionados o gastos incurridos:

1. Para el tratamiento con *medicamentos de venta con receta* de la disfunción eréctil o cualquier mejora del rendimiento sexual, a menos que dicho tratamiento se encuentre en el formulario.
2. Para los medicamentos de venta con receta para bajar de peso, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
3. Para agentes inmunizadores que no son requeridos por la Ley de cuidado de salud a bajo precio.
4. Por medicamentos que serán administrados al *afiliado*, por completo o en parte, en el lugar donde se suministra.
5. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
6. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *médico*.
7. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
8. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o formada por componentes que están disponibles en forma de venta libre y es terapéuticamente

equivalente, excepto en el caso de los productos de venta libre que aparecen en el formulario.

9. Para medicamentos etiquetados "Precaución – limitado por la ley federal para usarse en investigación" o para medicamentos en fase de investigación o experimental.
10. Para todo medicamento que nosotros identifiquemos como duplicación terapéutica a través del Programa de revisión de utilización de medicamentos.
11. Para un suministro de más de 30 días cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la red de suministros de días extendidos. Los medicamentos de especialidad y otras categorías de medicamentos selectos se limitan a un suministro de 30 días cuando se surten al por menor o se piden por correo. Se debe tener en cuenta que sólo el suministro de 90 días está sujeto al *costo compartido* con descuento. Ambetter permite que las farmacias surtan los pedidos por correo con *costo compartido* con descuento si solicitan unirse a nuestra red de venta por correo y aceptan todos los términos y condiciones. Los pedidos por correo de menos de 90 días están sujetos a la cantidad de *costo compartido* estándar.
12. Para medicamentos extranjeros recetados, excepto aquellos asociados con una Afección Médica de Emergencia mientras usted esté viajando fuera de los Estados Unidos. Estas excepciones aplican solo a los medicamentos con una receta equivalente aprobada por la FDA que podría estar cubierta bajo este documento si se obtiene en los Estados Unidos.
13. Para la prevención de cualquier enfermedad que no sea endémica para los Estados Unidos, tal como la malaria, y donde el tratamiento preventivo está relacionado con la vacación del *afiliado* durante un viaje fuera del país. Esta sección no prohíbe la cobertura del tratamiento para las enfermedades arriba mencionadas.
14. Para medicamentos usados para fines cosméticos.
15. Para medicamentos para la infertilidad, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
16. Para toda sustancia controlada que excede los equivalentes de morfina máximos establecidos por el estado en un lapso de tiempo particular, como lo establecen las leyes y regulaciones estatales.
17. Para las cantidades de medicamentos o dosis que el Comité de Farmacia y Terapia de Ambetter determine que son ineficaces, no están probadas o no son seguras para la indicación para la que han sido recetadas, independientemente de que tales cantidades de medicamentos o dosis hayan sido aprobadas por algún organismo gubernamental reglamentario para ese uso.
18. Para cualquier medicamento relacionado con el tratamiento restaurador dental o el tratamiento de la periodontitis crónica, cuando la administración del medicamento se realiza en el consultorio dental.
19. Para cualquier medicamento relacionado con el embarazo a través de una madre sustituta.
20. Para cualquier medicamento inyectable o producto biológico que no se espera que sea autoadministrado por el *afiliado* en su lugar de residencia, a menos que aparezca en el formulario.
21. Para cualquier reclamo presentado por una farmacia que no esté con restricción mientras el *afiliado* esté en condición de restricción. Para facilitar el uso apropiado de los beneficios y prevenir la sobreutilización de los opioides, la participación del *afiliado* en el estatus de restricción se determinará mediante la revisión de los reclamos de farmacia.

22. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.
23. Abastecimiento de medicamentos cuando el *afiliado* tiene más de 15 días de suministro de medicamentos.
24. Medicamentos compuestos, a menos que haya al menos un ingrediente que sea un medicamento aprobado por la FDA.

Programa de restricción (Lock-in)

Para ayudar a mejorar la seguridad de los *afiliados*, disminuir la sobreutilización y el abuso, ciertos *afiliados* identificados a través de nuestro programa de restricción, pueden ser asignados a una farmacia específica por el tiempo que dure su participación en el programa de restricción. Los *afiliados* que se encuentren asignados a una farmacia específica podrán obtener su(s) medicamento(s) sólo en una ubicación específica. El departamento de farmacia de Ambetter, junto con la Administración Médica, revisarán los perfiles de los *afiliados* y, mediante el uso de criterios específicos, recomendarán a los *afiliados* para que participen en el programa de restricción. Los *afiliados* identificados para participar en el programa de restricción y los proveedores asociados serán informados de la participación de los *afiliados* en el programa por correo. Dicha comunicación incluirá información sobre la duración de la participación, la farmacia en la que el *afiliado* está asignado y los derechos de apelación.

Requisitos de autorización previa para servicios

Algunos servicios médicos, farmacéuticos y para la salud del comportamiento cubiertos requieren *autorización previa*. En general, los *proveedores de la red* no necesitan obtener la *autorización* de Ambetter from Superior HealthPlan antes de proporcionar un servicio o suministro para un *afiliado*. Sin embargo, existen algunos *servicios cubiertos* para los cuales usted debe obtener la *autorización previa*.

Para servicios o suministros que requieren *autorización previa*, como se muestra en el *Programa de beneficios*, usted debe obtener *autorización previa* de nosotros antes de que usted o su *afiliado* dependiente:

1. Reciba un servicio o suministro de un *proveedor que no pertenece a la red*;
2. Sea admitido en una instalación de la *red* por un *proveedor que no pertenece a la red*; o
3. Reciba un servicio o suministro de un *proveedor de la red* para el cual usted o su *afiliado dependiente* sea referido por un *proveedor que no pertenece a la red*.

Para obtener *autorización previa* o para confirmar que un *proveedor de la red* ha obtenido *autorización previa*, comuníquese con Ambetter from Superior HealthPlan por teléfono al número telefónico listado en su tarjeta de identificación de *afiliado* antes de que el servicio o suministro se proporcione al *afiliado*. El incumplimiento con los requisitos de autorización previa puede resultar en la reducción de los beneficios o en falta de cobertura. En casos de emergencia, los beneficios no se reducirán por incumplimiento con los requisitos de la *autorización previa*. Sin embargo, usted debe comunicarse con nosotros tan pronto como sea razonablemente posible después de que ocurra la emergencia. Para conocer los detalles específicos consulte su *contrato* y *Programa de beneficios*.

Continuación del tratamiento en el caso de terminación de la participación de un proveedor preferido en el plan

Conforme a la Ley Sin Sorpresas, si un *afiliado* está recibiendo un *servicio cubierto* con respecto a un *proveedor o instalación de la red* y: (1) la relación contractual con el *proveedor o centro* se da por terminada, de modo que el *proveedor o instalación* ya no forma parte de la

red; o (2) los beneficios se dan por terminados debido a un cambio en los términos de la participación del *proveedor* o *instalación*, en lo que respecta al beneficio que el *afiliado* está recibiendo, entonces *nosotros* (1) notificaremos oportunamente a cada *afiliado* que sea *paciente de atención continuada* la finalización y su derecho a elegir la atención transitoria continuada del *proveedor* o *centro*; (2) proporcionaremos al individuo la oportunidad de notificar al plan de salud la necesidad de atención transitoria del individuo y (3) permitiremos que el individuo elija continuar con sus beneficios para el curso del tratamiento relacionado con el estatus del individuo como *paciente de atención continua* durante el período que comienza en la fecha en que se proporciona la notificación anterior y que termina en la primera de las siguientes fechas: (i) el período de 90 días que comienza en dicha fecha; o la (ii) fecha en que dicho individuo ya no es un *paciente de atención continua* con respecto a su *proveedor* o *centro*.

Servicios que no son de emergencia

Si usted está viajando fuera del área de servicio de Texas puede tener acceso a *proveedores* en otro estado si hay un plan Ambetter ubicado en ese estado. Puede localizar *proveedores* de Ambetter fuera de Texas buscando el estado correspondiente en *nuestro directorio de proveedores* en <https://guide.ambetterhealth.com>. No todos los estados tienen planes de Ambetter. Si tiene la intención de buscar atención de un *proveedor* de Ambetter fuera del área de servicio, es posible que se le requiera obtener una *autorización* previa del estado de origen de Ambetter para los servicios que no sean de emergencia. Comuníquese con Servicios para los Afiliados al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de *afiliado* para obtener más información.

Procedimientos de queja

Usted puede presentar una *queja* acerca de cualquier aspecto del plan. Nosotros no tomaremos ninguna acción contra usted debido únicamente a que usted, su representante o su *proveedor* presenta una *queja* contra nosotros.

Usted debe enviar su *queja* por escrito a la dirección de abajo. Usted puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989) para obtener asistencia.

Deberá enviar su *queja* por escrito dirigida a:
Ambetter from Superior HealthPlan Complaint Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
Fax: 1-866-683-5369

Quejas aceleradas: Si su *queja* se refiere a una emergencia o a una situación en la cual usted podría ser forzado a salir prematuramente del hospital, la resolveremos a más tardar en 72 horas desde el momento que la recibamos. Dentro de las 72 horas, recibirá una carta con la resolución de su *queja*.

Quejas no aceleradas (estándar): Si la *queja* no es acelerada, usted obtendrá la resolución dentro de treinta (30) días de calendario de la fecha que recibimos la *queja*.

Apelación de una Resolución de *Queja*: Si usted no está satisfecho con la resolución de su *queja*, puede solicitar una *apelación* de la resolución de la *queja*. Usted debe hacer eso dentro de 90 días a partir de la fecha del incidente. En respuesta a su *apelación* de *queja*, nosotros tendremos un panel de *apelación* de *queja* en una ubicación en su área. El panel de *apelación* de *queja* incluye a nuestro personal, proveedores y miembros. Usted recibirá un paquete de audiencia cinco días antes de la audiencia con el panel de *apelación*. Usted puede acudir a la audiencia, tener algún representante en la audiencia, o tener un representante que lo acompañe a la audiencia. El panel hará una recomendación para la decisión final sobre su *queja*. Recibirá nuestra decisión final dentro de 30 días de su solicitud de *apelación* de *queja*.

Prohibidas las represalias

1. Nosotros no tomaremos ninguna acción de represalia, inclusive rechazar la renovación de cobertura contra usted debido a que usted o la persona que actúe en su nombre haya presentado una *queja* contra nosotros o apelado una decisión tomada por nosotros.
2. Nosotros no participaremos en ninguna acción de represalia, inclusive la terminación o rechazo para renovar un *contrato*, contra un *proveedor*, debido a que el *proveedor* haya en su nombre, presentado razonablemente una *queja* contra nosotros o haya *apelado* una decisión tomada por nosotros.

Acceso a los servicios de ginecología y obstetricia

Las mujeres afiliadas tendrán acceso directo a un ginecólogo obstetra (que es un proveedor exclusivo) para los servicios de la salud femenina.

Información de la red

Una lista actualizada de *proveedores* preferidos que incluye nombres, ubicaciones de *médicos* y *proveedores* de atención médica, y cuales *proveedores* preferidos no están aceptando nuevos pacientes puede encontrarse visitando y utilizando nuestra herramienta Encontrar un Proveedor: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com/findadoc

Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre nuestra *red de proveedores*. Puede ayudarle a encontrar un *Proveedor de Atención Primaria (PCP)*, farmacia, laboratorio, *hospital* o *especialista*. Puede restringir la búsqueda por:

- Especialidad del proveedor
- Código postal
- Género
- Idiomas que habla
- Si él/ella está actualmente aceptando nuevos pacientes o no

Puede encontrar toda la información listada abajo en nuestro sitio web utilizando la herramienta Encontrar un Proveedor. También puede llamar a Servicios para los Afiliados para obtener información sobre la escuela de medicina e información de la residencia del *proveedor*.

- Nombre, dirección y números telefónicos
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Estado de certificación de la junta

Puede obtener una copia no electrónica sin costo comunicándose con Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Área de servicio y número de afiliados de Ambetter from Superior HealthPlan

Área de servicio es cualquier lugar que esté dentro de los condados en el Estado de Texas que Ambetter haya designado como el *área de servicio* para este plan. El *área de servicio* de Ambetter from Superior HealthPlan incluye los siguientes condados: Andrews, Aransas, Armstrong, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bell, Bexar, Blanco, Bosque, Brazoria, Brazos, Brewster, Brooks, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Camp, Carson, Castro, Chambers, Cherokee, Coke, Coleman, Collin, Collingsworth, Colorado, Comal, Comanche, Concho, Cooke, Dallam, Dallas, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Donley, Ector, Edwards, El Paso, Ellis, Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Fort Bend, Freestone, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gray, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Hartley, Hays, Henderson, Hidalgo, Hill, Hood, Houston, Hunt, Irion, Jack, Jackson, Jefferson, Johnson, Kendall, Kerr, Kimble, Kinney, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Liberty, Limestone, Llano, Madison, Mason, Matagorda, Maverick, McCulloch, McLennan, Medina, Menard, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Nacogdoches, Navarro, Nueces, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Parmer, Potter, Rains, Randall, Real, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, Rusk, San Jacinto, San Saba, Schleicher, Scurry, Sherman, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Stonewall, Sutton, Tarrant, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Val Verde, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Webb, Wharton, Wheeler, Willacy, Williamson, Wise, Wood, y Zapata.

El número de afiliados efectivos en el *área de servicio* de Ambetter bajo la licencia de Proveedor exclusivo (EPO) de Celtic es actualmente de 328,652. Refiérase a la tabla de abajo para un desglose de los afiliados efectivos basados en el *área de servicio*.

Área de servicio	Total de afiliados efectivos
Aransas	310
Armstrong	27
Atascosa	147
Austin	791
Bandera	579
Bastrop	619
Bell	2731
Bexar	5093
Blanco	442
Bosque	132
Brazoria	2391
Brazos	1834
Brewster	74
Brooks	122
Brown	156
Burleson	295
Burnet	409
Caldwell	354
Calhoun	183
Cameron	13184
Camp	103
Carson	28
Castro	40
Chambers	1654
Cherokee	203
Coke	6
Coleman	29
Collin	2428
Collingsworth	7
Comal	897
Comanche	99
Concho	29
Cooke	370
Dallam	52
Dallas	3359
Deaf Smith	99
Delta	70
Denton	2690
DeWitt	160
Donley	20

Ector	2673
Edwards	99
El Paso	15574
Ellis	323
Falls	105
Fannin	71
Fayette	324
Fisher	16
Fort Bend	6383
Freestone	129
Frio	170
Galveston	1651
Gillespie	2520
Goliad	78
Gonzales	163
Grayson	1295
Gregg	587
Grimes	451
Guadalupe	474
Hamilton	78
Hardin	163
Harris	13505
Hartley	13
Hays	1066
Henderson	593
Hidalgo	49394
Hill	284
Hood	566
Houston	164
Hunt	1982
Irion	59
Jack	93
Jackson	111
Jefferson	459
Johnson	3551
Kendall	1010
Kerr	1765
Kimble	57
Kinney	19
Lampasas	123
Lavaca	123
Lee	229

Leon	150
Liberty	3132
Limestone	126
Llano	206
Madison	193
Mason	222
Matagorda	344
Maverick	204
McCulloch	110
McLennan	1982
Medina	1310
Menard	27
Milam	53
Mills	39
Mitchell	32
Montague	130
Montgomery	2850
Nacogdoches	262
Navarro	352
Nueces	1399
Oldham	6
Orange	747
Palo Pinto	249
Panola	192
Parker	667
Parmer	44
Potter	880
Rains	59
Randall	565
Real	61
Refugio	39
Robertson	225
Rockwall	354
Runnels	19
Rusk	291
San Jacinto	841
San Saba	11
Schleicher	18
Scurry	107
Sherman	11
Smith	1142
Somervell	79

Starr	171
Sterling	7
Stonewall	2
Sutton	28
Tarrant	4673
Tom Green	741
Travis	2903
Trinity	86
Tyler	71
Val Verde	338
Van Zandt	283
Victoria	736
Walker	4971
Waller	4700
Webb	398
Wharton	26
Wheeler	1319
Willacy	1119
Williamson	1221
Wise	185
Wood	717
Zapata	310

Datos demográficos de la red

Área de servicio	Tipo de Proveedor					Hospital General para casos agudos
	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	Cirugía	
Andrews	0	0	1	0	0	1
Aransas	1	1	0	1	1	0
Armstrong	0	0	0	0	0	0
Atascosa	13	4	1	0	1	1
Austin	5	0	0	0	0	1
Bandera	9	0	0	0	0	0
Bastrop	17	3	2	0	8	1
Bell	22	10	5	16	12	2
Bexar	325	98	135	42	224	19
Blanco	1	0	0	0	0	0
Bosque	12	0	0	1	1	1
Brazoria	54	10	11	9	15	4
Brazos	82	11	6	8	32	2
Brewster	7	1	1	0	1	1
Brooks	4	0	0	0	0	0
Brown	5	0	0	0	0	1
Burleson	4	0	0	0	0	1
Burnet	11	2	1	0	6	1
Caldwell	21	1	1	0	2	1
Calhoun	5	0	2	0	1	1
Cameron	98	38	25	15	48	4
Camp	11	1	1	0	2	1
Carson	6	0	0	0	0	0
Castro	1	0	0	0	0	1
Chambers	1	0	0	0	0	2
Cherokee	24	3	1	0	3	2
Coke	0	0	0	0	0	0
Coleman	0	0	0	0	0	0
Collin	219	47	62	29	179	11
Collingsworth	0	0	0	0	0	0
Colorado	5	1	1	2	1	1
Comal	27	4	10	0	7	1
Comanche	10	0	0	0	3	1
Concho	1	0	0	0	0	1
Cooke	10	1	2	0	4	2
Dallam	3	0	0	1	2	1
Dallas	503	63	94	44	260	23
Deaf Smith	4	0	0	0	1	1
Delta	0	0	0	0	0	0
Denton	104	10	22	11	50	7

DeWitt	0	0	0	0	0	0
Donley	1	0	0	0	0	0
Ector	8	2	2	0	5	1
Edwards	0	0	0	0	0	0
El Paso	172	70	50	23	84	9
Ellis	69	13	3	1	14	2
Falls	2	0	0	0	1	1
Fannin	2	0	0	0	1	1
Fayette	8	3	1	1	6	1
Fisher	3	0	0	0	0	1
Fort Bend	182	30	32	8	65	6
Freestone	1	0	0	0	0	1
Frio	3	0	0	0	1	2
Galveston	65	3	2	20	7	1
Gillespie	22	3	1	0	9	1
Goliad	4	0	0	0	0	0
Gonzales	7	1	1	0	2	1
Gray	6	0	0	0	1	1
Grayson	16	3	2	4	11	3
Gregg	53	10	19	0	16	1
Grimes	9	0	0	0	1	1
Guadalupe	9	8	11	0	6	1
Hamilton	5	0	0	0	1	1
Hardin	2	0	0	0	0	0
Harris	869	178	207	152	384	27
Hartley	0	0	0	0	0	0
Hays	71	28	12	1	37	3
Henderson	16	1	3	0	5	2
Hidalgo	265	95	55	14	78	9
Hill	23	0	0	0	5	1
Hood	23	3	1	1	9	1
Houston	5	0	0	0	1	1
Hunt	22	3	2	21	6	1
Irion	0	0	0	0	0	0
Jack	1	0	0	0	0	1
Jackson	3	1	0	0	1	1
Jefferson	60	3	5	9	7	1
Johnson	18	3	9	1	4	1
Kendall	24	4	9	2	24	0
Kerr	34	1	4	0	10	1
Kimble	3	1	0	0	0	0
Kinney	0	0	0	0	0	0
Lampasas	11	1	1	0	0	1
Lavaca	12	0	0	0	1	2
Lee	2	1	0	1	1	0
Leon	3	0	0	0	0	0
Liberty	20	4	0	0	1	1

Limestone	12	0	0	0	1	1
Llano	2	0	0	0	0	0
Madison	3	0	0	0	0	1
Mason	1	1	0	0	0	0
Matagorda	11	2	2	1	3	1
Maverick	10	2	2	0	0	1
McCulloch	7	0	0	0	1	1
McLennan	50	3	15	6	31	2
Medina	13	2	1	0	1	1
Menard	1	0	0	0	0	0
Milam	8	1	0	0	1	0
Mills	2	0	0	0	0	0
Mitchell	1	0	0	0	0	1
Montague	5	0	0	0	1	0
Montgomery	125	20	21	9	44	5
Nacogdoches	19	3	3	1	10	2
Navarro	9	2	3	1	4	1
Nueces	39	41	16	9	51	2
Oldham	0	0	0	0	0	0
Orange	5	0	0	1	0	0
Palo Pinto	10	1	1	0	2	1
Panola	8	2	1	0	1	1
Parker	15	3	4	3	9	1
Parmer	6	0	0	0	0	0
Potter	69	19	10	10	33	1
Rains	1	0	0	0	0	0
Randall	30	1	0	1	9	0
Real	0	0	0	0	0	0
Refugio	0	0	0	0	0	1
Robertson	3	0	0	0	0	0
Rockwall	10	0	2	0	34	1
Runnels	0	0	0	0	0	1
Rusk	18	1	2	0	4	1
San Jacinto	5	1	0	0	0	0
San Saba	0	0	0	0	1	0
Schleicher	0	0	0	0	0	0
Scurry	5	0	0	0	3	1
Sherman	0	0	0	0	0	0
Smith	66	7	11	5	35	4
Somervell	8	0	0	0	2	1
Starr	31	3	0	0	1	1
Sterling	0	0	0	0	0	0
Stonewall	5	0	0	0	0	1
Sutton	1	0	0	0	0	1
Tarrant	356	35	103	45	169	16
Tom Green	68	18	7	9	17	3
Travis	370	99	153	60	237	7

Trinity	3	1	0	0	0	0
Tyler	4	0	0	0	0	1
Val Verde	17	4	2	1	5	1
Van Zandt	2	0	0	0	0	0
Victoria	34	9	9	1	12	3
Walker	10	0	0	0	5	1
Waller	1	1	0	0	0	0
Webb	53	11	9	6	17	2
Wharton	8	4	0	0	0	1
Wheeler	0	0	0	0	0	1
Willacy	13	2	1	1	0	0
Williamson	127	60	43	26	78	5
Wise	22	2	2	3	6	2
Wood	11	0	0	0	2	1
Zapata	5	2	0	0	0	0

Exenciones y Plan de acceso al mercado local

Una exención y plan de acceso al mercado local aplica para los servicios proporcionados por los *proveedores* listados más abajo en cada *área de servicio* denotada por una "X."

Área de servicio	Tipo de Proveedor					Hospital General para casos agudos
	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	Cirugía	
Andrews						
Aransas	X					X
Armstrong					X	
Atascosa						
Austin						
Bandera						
Bastrop						
Bell						
Bexar						
Blanco						
Bosque						
Brazoria						
Brazos						
Brewster		X		X	X	X
Brooks						X
Brown		X	X	X	X	
Burleson						
Burnet						
Caldwell						
Calhoun					X	
Cameron						
Camp						
Carson					X	
Castro					X	
Chambers		X				
Cherokee						
Coke						
Coleman						
Collin						
Collingsworth		X	X	X	X	
Colorado						
Comal						
Comanche					X	
Concho					X	
Cooke						
Dallam		X	X	X	X	

Dallas						
Deaf Smith					X	
Delta						
Denton						
DeWitt						
Donley		X		X	X	
Ector						
Edwards		X		X	X	
El Paso						
Ellis						
Falls						
Fannin						
Fayette						
Fisher		X			X	
Fort Bend						
Freestone						
Frio					X	
Galveston		X				
Gillespie						
Goliad						
Gonzales						
Gray					X	
Grayson						
Gregg						
Grimes						
Guadalupe						
Hamilton						
Hardin						
Harris						
Hartley		X			X	
Hays						
Henderson						
Hidalgo						
Hill						
Hood						
Houston						
Hunt						
Irion					X	
Jack						
Jackson					X	
Jefferson					X	
Johnson						
Kendall						
Kerr						
Kimble		X		X	X	

Kinney					X	
Lampasas					X	
Lavaca						
Lee						
Leon						
Liberty						
Limestone						
Llano						
Madison						
Mason				X	X	
Matagorda					X	
Maverick					X	
McCulloch		X			X	
McLennan						
Medina						
Menard		X			X	
Milam						
Mills					X	
Mitchell					X	
Montague						
Montgomery						
Nacogdoches						
Navarro						
Nueces						
Oldham					X	
Orange					X	
Palo Pinto						
Panola						
Parker						
Parmer					X	
Potter					X	
Rains						
Randall					X	
Real		X			X	X
Refugio						
Robertson						
Rockwall						
Runnels						
Rusk						
San Jacinto						X
San Saba					X	
Schleicher					X	
Scurry					X	
Sherman		X	X	X	X	
Smith						

Somervell						
Starr						
Sterling					X	
Stonewall		X			X	
Sutton		X			X	
Tarrant						
Tom Green					X	
Travis						
Trinity						
Tyler						
Val Verde					X	
Van Zandt		X				
Victoria					X	
Walker						
Waller						
Webb					X	
Wharton						
Wheeler			X	X	X	
Willacy						
Williamson						
Wise						
Wood		X				
Zapata					X	

Este plan de acceso puede obtenerse comunicándose con Ambetter from Superior HealthPlan al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

- Un *plan de beneficios de proveedores exclusivos* no proporciona beneficios por servicios que usted recibe de *proveedores fuera de la red*, con excepciones específicas como se describe en su póliza y abajo.
- Usted tiene el derecho a una *red* adecuada de *proveedores preferidos* (conocidos como “*proveedores de la red*”).
 - Si considera que la *red* es inadecuada, puede presentar una *queja ante el* Departamento de Seguros de Texas.
- Si su aseguradora *aprueba* una referencia para servicios fuera de la red debido a que no hay un *proveedor preferido* disponible, o si usted ha recibido *atención médica de emergencia* fuera de la red, su aseguradora debe, en la mayoría de casos, resolver la factura del *proveedor no preferido* para que usted sólo tenga que pagar cualquier cantidad de *coaseguro, copago, y deducible* aplicable.
- Usted puede obtener un directorio actualizado de *proveedores preferidos* en el siguiente sitio web: Ambetter from Superior HealthPlan o llamando al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/ TTY 1-800-735-2989) para recibir asistencia en encontrar *proveedores preferidos* disponibles. Si usted se basó en la información del directorio materialmente inexacta, usted puede tener derecho a que un reclamo por servicio fuera de la red se le pague al nivel de beneficios de la red.

Renovación garantizada

Esta póliza es de renovación garantizada. Eso significa que usted tiene el derecho de mantener la póliza vigente con los mismos beneficios, excepto que nosotros podemos suspender o terminar la póliza si:

1. Usted no paga las primas como se requiere conforme a la póliza;
2. Usted ha realizado un acto o práctica que constituye fraude, o ha tergiversado intencionalmente hechos materiales, relacionados en alguna forma con la póliza, inclusive reclamaciones de beneficios conforme a la póliza; o
3. Nosotros dejamos de expedir la póliza en Texas, pero sólo si le notificamos a usted con antelación.

A menos que la póliza sea 'no cancelable,' según se define en la póliza, nosotros tenemos el derecho de aumentar las tarifas en su póliza cada vez que la renueve, en una forma consecuente con la póliza y la ley de Texas. Si la póliza es no cancelable, nuestro derecho de aumentar las tarifas está limitado por la definición de 'no cancelable' contenida en la póliza, y por la ley de Texas.

Anualmente, nosotros podemos cambiar la tabla de tarifas usada para este formulario de póliza. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en esa fecha de vencimiento de la prima. El plan de la póliza, y la edad de las personas cubiertas, el tipo y nivel de beneficios, así como el lugar de residencia en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores usados para determinar sus tarifas de las primas. Nosotros tenemos el derecho de cambiar las primas.

Al menos con 31 días de antelación se le entregará a usted un aviso, en su última dirección mostrada en nuestros registros, de cualquier plan para tomar acción o realizar un cambio permitido por esta cláusula. Nosotros no realizaremos ningún cambio en su prima únicamente a causa de reclamaciones hechas bajo esta póliza o debido a un cambio en la salud de un *afiliado* cubierto. Mientras esta póliza esté vigente, nosotros no restringiremos la cobertura ya vigente. Si dejamos de ofrecer y rechazamos renovar todas las pólizas emitidas en esta forma, con el mismo tipo y nivel de beneficios, para todos los residentes del estado donde usted reside, nosotros proporcionaremos a usted un aviso por escrito al menos con 90 días de antelación a la fecha que suspendamos la cobertura.

Anualmente, nosotros debemos presentar este producto, los *costos compartidos* y las tasas asociadas con él para aprobación. Renovación garantizada significa que su plan será renovado dentro del año subsiguiente del producto aprobado en la fecha de aniversario a menos que se haya terminado tempranamente de acuerdo con los términos del *contrato*. Usted puede mantener este *contrato* (o el nuevo *contrato* al que está asignado para el año siguiente, si está asociado con una suspensión o reemplazo) vigente mediante el pago puntual de las primas requeridas. En la mayoría de los casos a usted se le pasará a un nuevo *contrato* cada año, sin embargo, nosotros podríamos decidir no renovar el *contrato* a partir de la fecha de renovación si: (1) decidimos no renovar todos los *contratos* emitidos en esta forma, con un nuevo *contrato* en el mismo nivel de metal con un tipo y nivel de beneficios similares para los residentes del estado donde usted entonces vive o, (2) hay fraude o una tergiversación material intencional realizada por o con el conocimiento de un *afiliado* en la presentación de un reclamo por *servicios cubiertos*.

Además de lo anterior, esta garantía para continuar la cobertura no nos impedirá cancelar o no renovar este *contrato* en los siguientes eventos: (1) falta de pago de la prima; (2) el *afiliado* no paga primas o contribuciones de acuerdo con los términos de este *contrato*, inclusive cualquier requisito de puntualidad; (3) el *afiliado* ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha realizado una tergiversación intencional del hecho material relacionado con este *contrato*; o (4) un cambio en la ley federal o estatal, ya no permite la continuación ofrecida de dicha cobertura, tal como la guía de CMS

relacionada con individuos elegibles para Medicare.