



**AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD
DESCRIPCIÓN ESCRITA DE LA COBERTURA**

PROPORCIONADA POR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
(En adelante referido como “Ambetter from Superior HealthPlan”)

LEA DETENIDAMENTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA. Esta descripción escrita del plan proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su contrato. Este no es el contrato del seguro y sólo las disposiciones reales del contrato serán las que prevalezcan. El propio contrato establece, de forma detallada, los derechos y obligaciones de ambos, usted y su compañía de seguros. Por eso, es importante que ¡LEA DETENIDAMENTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA!

La entidad que le proporciona esta cobertura es una HMO, Superior HealthPlan. Su *Evidencia de Cobertura* del seguro de salud sólo proporciona beneficios para los servicios recibidos de los *proveedores participantes*, a menos que se indique lo contrario en el *contrato* y en la descripción escrita o que la ley requiera lo contrario.

Una *red* se refiere a un grupo de *proveedores* o *instalaciones* (incluidos, pero sin limitarse a ellos, los *hospitales*, los centros de salud mental para pacientes hospitalizados, las clínicas médicas, las clínicas para la salud del comportamiento, los acupunturistas, quiroprácticos, masajistas, enfermeros practicantes, profesionales de la medicina de la adicción, etc.) que tienen contratos con nosotros, o con *nuestro* contratista o subcontratista, y que han acordado proporcionar servicios de atención médica a *nuestros afiliados* por una tarifa acordada. Los *afiliados* recibirán la mayoría de los servicios de atención médica, si no todos, accediendo a la *red*.

**Para obtener información adicional, escriba o llame a:
Ambetter from Superior HealthPlan
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
1-877-687-1196**

Un *proveedor de la red* (o *proveedor participante*) significa cualquier persona o entidad que tiene contrato con Ambetter from Superior HealthPlan bajo la red Ambetter Value TX para proporcionar *servicios cubiertos* a los *afiliados* bajo este *contrato*, inclusive, pero sin limitarse a, *hospitales*, hospitales de especialidad, centros de atención urgente, *médicos*, farmacias, laboratorios y otros profesionales de atención médica dentro de nuestra *área de servicio*.

Todos los *afiliados* deben elegir un *proveedor de atención primaria (PCP)*. Usted puede seleccionar a cualquier *PCP de la red* que esté aceptando nuevos pacientes, o usted puede seleccionar a un *proveedor de la red* del cual usted es paciente actualmente. Si no selecciona a un *PCP de la red* para cada *afiliado*, se le asignará uno. Usted puede obtener una lista de *proveedores de atención primaria de la red* en *nuestro* sitio web o comunicándose con Servicios para los Afiliados. Hasta que se elija o se asigne un *proveedor de atención primaria*, los

beneficios se limitarán a la cobertura para la *atención de emergencia*. Usted puede seleccionar cualquier PCP de la red que esté aceptando nuevos pacientes de cualquiera de los siguientes tipos de profesionales de atención médica:

- Médicos de familia
- Médicos generales
- Medicina interna
- Personal de enfermería*
- Asistentes médicos
- Obstetras/ginecólogos
- Pediatras (para niños).

Su *PCP* coordina su atención médica, según corresponda, ya sea proporcionando tratamiento o emitiendo *referencias* para dirigirlo a los *proveedores participantes*. Cuando sea admitido en un centro de hospitalización, y sólo durante la duración de su estancia en el hospital, un médico que no sea el *PCP* puede dirigir y supervisar su atención. Excepto en el caso de la *atención de emergencia*, sólo se cubrirán los servicios proporcionados por su *PCP* o referidos por él. Es su responsabilidad consultar con su *PCP* en todos los asuntos relacionados con su atención médica. Si su *PCP* realiza, sugiere o recomienda un tratamiento que incluye servicios que no son *servicios cubiertos*, el costo total de dichos servicios no cubiertos será su responsabilidad.

Además de un *PCP*, las mujeres *afiliadas* también pueden elegir un obstetra/ginecólogo participante (atención de obstetricia/ginecología) para las afecciones ginecológicas y obstétricas, incluidos los exámenes anuales de bienestar femenino y la atención de maternidad, sin tener que obtener primero una *referencia* de un *PCP* o comunicarse con nosotros. Los *afiliados* a los que se les haya diagnosticado una enfermedad crónica, incapacitante o que ponga en peligro su vida pueden solicitar la aprobación para elegir a un *especialista* participante como *PCP* mediante el proceso descrito en la provisión de Especialista como Proveedor de Atención Primaria.

Servicios y beneficios cubiertos

El Programa 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 participante* y de un *proveedor no participante*, y la cobertura de *medicamentos con receta*, ambos genéricos y nombre de marca después que el *deducible* haya sido pagado.

El Programa 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 participantes. Se hace notar que pagaremos los honorarios negociados o el cargo usual y acostumbrado a los *proveedores no participantes* 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 por lesión cerebral adquirida

Los beneficios por gastos de servicios elegibles incurridos para tratamiento necesario desde el punto de vista médico para una lesión cerebral adquirida serán determinados en la misma base que el tratamiento para cualquier otra enfermedad física. La terapia de rehabilitación cognitiva, la

terapia de comunicación cognitiva, la terapia neurocognitiva y rehabilitación; las pruebas y tratamiento del comportamiento neurológico, neurosicológico, neurofisiológico y psicofisiológico; tratamiento de neuroretroalimentación, reparación requerida para o relacionada con el tratamiento de una lesión cerebral adquirida, servicios de transición post agudos y servicios de reintegración a la comunidad, inclusive los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios, o cualquier otro servicio de tratamiento post agudo están cubiertos, si dichos servicios son necesarios como resultado de y relacionados con una lesión cerebral adquirida.

El tratamiento de una lesión cerebral adquirida puede proporcionarse en un hospital, en un hospital de rehabilitación de agudos o post-agudos, en un centro de enfermería especializada o en cualquier otro centro en el que se puedan proporcionar los servicios o tratamientos adecuados. Servicio significa el trabajo de realizar análisis, tratamiento y proporcionar terapias a un individuo con una lesión cerebral adquirida. Terapia significa el tratamiento correctivo programado que se proporciona a través de la interacción directa con el individuo para mejorar una afección patológica resultante de una lesión cerebral adquirida.

Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado después del tratamiento agudo, este plan incluye la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta que:

1. Haya sufrido una lesión cerebral adquirida;
2. No ha respondido al tratamiento;
3. Se encuentra médicamente estable; y
4. Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado después del tratamiento agudo, este plan incluye la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta con la expectativa de que, con la prestación de estos servicios y apoyo, la persona pueda volver a un entorno comunitario, en lugar de residir en un centro asistencial.

Servicios de ambulancia

Los *servicios cubiertos* incluirán los servicios de ambulancia para el transporte terrestre y acuático local:

1. Hacia el *hospital* más cercano que pueda proporcionar servicios apropiados para la *enfermedad o lesión del afiliado*, en casos de emergencia.
2. Hacia la unidad de cuidado neonatal más cercana para bebés recién nacidos para tratamiento de *enfermedades, lesiones*, defectos congénitos, o complicaciones de nacimiento prematuro que requiere ese nivel de cuidado.
3. Transporte entre *hospitales* o entre un *hospital* y una *instalación* de enfermería especializada, *de rehabilitación* o instalación de hospicio cuando sea *autorizada* por Ambetter from Superior HealthPlan.
4. Cuando lo ordene un empleador, escuela, bomberos o funcionario de seguridad pública y el *afiliado* no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando un *afiliado* es requerido por nosotros para pasar de un *proveedor que no pertenece a la red* a un *proveedor* de la red.

Beneficios del servicio de ambulancia aérea

Los *servicios cubiertos* incluirán el transporte en ambulancia por aeronaves de ala fija y rotatoria desde el domicilio, el lugar del accidente o la emergencia médica:

1. Al *hospital* más cercano que pueda proporcionar servicios adecuados para la *enfermedad o lesión del afiliado*, en casos de *emergencia*.
2. A la unidad de cuidados especiales neonatales para recién nacidos más cercana para el tratamiento de *enfermedades, lesiones*, defectos congénitos de nacimiento o complicaciones de nacimiento prematuro que requieran ese grado de atención.
3. Transporte entre *hospitales* o entre un *hospital* y un *centro de enfermería especializada* o

de rehabilitación y el hogar del *afiliado* cuando lo autorice Ambetter from Superior HealthPlan.

4. Cuando lo ordene un empleador, una escuela, un bombero o un funcionario de seguridad pública y el *afiliado* no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando el *afiliado* sea requerido por nosotros para pasar de un *proveedor que no pertenece a la red* a un *proveedor de la red*.

Beneficios para el trastorno del espectro autista

Servicios generalmente reconocidos indicados en relación con el *trastorno del espectro autista* por su *médico de atención primaria (PCP)* en un plan de tratamiento recomendado por dicho *médico o profesional para la salud del comportamiento*.

Los individuos que proporcionan tratamiento recetado bajo este plan deben ser profesionales de atención médica:

1. Que estén autorizados, certificados, o registrados por una agencia apropiada del Estado de Texas;
2. Cuyas credenciales profesionales estén reconocidas y aceptadas por una agencia apropiada de los Estados Unidos;
3. Que estén certificados bajo el sistema de salud militar TRICARE (seguro de salud disponible para el personal militar); o
4. Que actúen bajo la supervisión de un profesional de atención médica.

Para propósitos de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

1. Servicios de evaluación y valoración;
2. *Terapia de análisis de comportamiento aplicado*;
3. Control del comportamiento y capacidades del comportamiento;
4. Terapia del habla;
5. Terapia ocupacional;
6. Fisioterapia;
7. Atención psiquiátrica, como los servicios de asesoramiento prestados por un psiquiatra, un psicólogo, un consejero profesional o un trabajador social clínico con licencia; y
8. Medicamentos o complementos nutritivos usados para tratar síntomas del *trastorno del espectro autista*.

Beneficios para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias

Los servicios cubiertos para *salud mental y/o trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados* y ambulatorios son como sigue:

Paciente hospitalizado

1. Hospitalización para paciente psiquiátrico;
2. Tratamiento de desintoxicación para *paciente internado*;
3. Observación;
4. Estabilización de la crisis;
5. Rehabilitación para *paciente internado*;
6. *Instalación para tratamiento residencial* para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias; y
7. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés).

Paciente ambulatorio

1. Tratamiento individual y de grupo para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias;

2. Programa de hospitalización parcial (PHP, siglas en inglés);
3. Servicios de administración de medicamentos;
4. *Pruebas* y evaluación psicológica y *neuropsicológica*;
5. *Análisis del comportamiento aplicado (ABA)* para el tratamiento de los *trastornos del espectro autista*;
6. *Servicios* médicos de *telesalud* y *telemedicina*;
7. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés);
8. Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, siglas en inglés);
9. Tratamiento diurno para la salud mental;
10. Programas de desintoxicación para pacientes ambulatorios;
11. Evaluación y valoración para la salud mental y trastorno por uso de sustancias; y
12. Tratamiento asistido con medicamentos – combina terapia para el comportamiento y medicamentos para tratar los *trastornos por uso de sustancias*;
13. Estimulación magnética transcraneal (TMS); y
14. Tratamiento asertivo comunitario (ACT).

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están cubiertos cuando un quiropráctico participante encuentra que los servicios son *necesarios desde el punto de vista médico* para tratar o diagnosticar trastornos neuromusculoesqueléticos en régimen ambulatorio.

Servicios de diálisis

Los *gastos por servicios* y suministros *cubiertos* incluyen:

1. Servicios proporcionados en una *instalación* de diálisis para pacientes ambulatorios, o cuando los servicios se proporcionan en la casa por un *proveedor* preferido;
2. Procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre;
3. Servicios de diálisis proporcionados en un *hospital*;
4. Tratamiento de diálisis de una enfermedad renal aguda o crónica, que incluye el uso de apoyo de una máquina de riñón artificial.

Radiología, imágenes y otros exámenes de diagnóstico

Los servicios de radiología, las imágenes y los análisis *médicamente necesarios* realizados son un *servicio cubierto* (por ejemplo, radiografías, Resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET)/tomografía computarizada por emisión de fotón único, mamografías, ecografías).

Beneficios de gastos para habilitación, rehabilitación y en instalación de cuidados prolongados

Los *gastos por servicios cubiertos* incluyen servicios proporcionados o gastos incurridos por servicios de *habilitación* o *rehabilitación* o confinamiento en una *instalación de cuidados prolongados*, sujetos a las siguientes limitaciones:

1. Los *gastos por servicios cubiertos* disponibles para un *afiliado* mientras esté confinado principalmente para recibir *habilitación* o *rehabilitación* se limitan a aquellos especificados en esta provisión.
2. Los servicios de *rehabilitación* o el confinamiento en un *centro de rehabilitación* o de *cuidados prolongados* deben determinarse como *médicamente necesarios*.
3. Los *gastos por servicios cubiertos* para servicios en una *instalación que es un proveedor* están limitados a los cargos hechos por un *hospital*, *instalación de rehabilitación*, o *instalación de cuidados prolongados* por:
 - a. Servicios de habitación y alimentación y de enfermería.
 - b. Análisis de diagnóstico.

- c. Los fármacos y medicamentos que sean recetados por un *proveedor*, surtidos por un farmacéutico titulado, y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
4. Los *gastos por servicios cubiertos* para servicios *en una instalación que es un proveedor fuera de la red* están limitados a los cargos incurridos por los servicios profesionales de los *médicos autorizados para proporcionar rehabilitación*.
5. Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla para pacientes ambulatorios.

Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar

Se proporciona cobertura para la atención médicamente necesaria dentro de la red proporcionada en el domicilio del *afiliado* y se limita a los siguientes cargos:

1. Los *servicios de asistencia médica en el hogar*, sólo si se proporcionan en conjunto con los servicios de enfermeros(as) registrados(as) especializados(as) o de enfermeros(as) prácticos(as) con licencia. Esto no incluye los servicios de asistencia personal y/o de custodia.
2. Honorarios profesionales de un terapeuta respiratorio, físico, ocupacional, o del habla autorizado requerido para *atención médica en el hogar*.
3. *Terapia de infusión en casa*.
4. Hemodiálisis, y por el procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre.
5. Servicios especializados de un(a) enfermero(a) titulado(a) o de un(a) enfermero(a) práctico(a) con licencia proporcionados en régimen ambulatorio.
6. *Suministros médicos necesarios*.
7. Alquiler de *equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico*.

Beneficios de cuidado de hospicio

Los beneficios de los cuidados de *hospicio* (paliativos) están permitidos para un *afiliado* con una *enfermedad terminal* que reciba los cuidados *médicamente necesarios* dentro de un *programa de cuidados de hospicio* o en un entorno domiciliario. Los *servicios y suministros cubiertos* incluyen:

1. Habitación y alimentación en un *hospicio* mientras el *afiliado* sea un *paciente internado*.
2. Terapia ocupacional.
3. Terapia del habla y lenguaje.
4. Terapia respiratoria.
5. El alquiler de equipo médico mientras el *afiliado con enfermedad terminal* esté en un *programa de cuidado de hospicio* en la medida que estos artículos podrían haber estado cubiertos bajo el *contrato* si el *afiliado* hubiera estado confinado en un *hospital*.
6. Cuidado médico paliativo, y de apoyo, y los procedimientos necesarios para el control del dolor y el tratamiento de síntomas agudos y crónicos.
7. Diálisis en casa (excepto cuando la Enfermedad Renal en Estado Terminal (ERSD) es una enfermedad terminal).
8. Asesoramiento para el *afiliado* respecto a su *enfermedad terminal*.
9. *Asesoramiento de la enfermedad terminal* para la *familia inmediata del afiliado*.
10. *Consejería por luto*.

Beneficios para los gastos de relevo

Los *cuidados de relevo* se refieren únicamente a los servicios relacionados con los *cuidados de hospicio (paliativos) a domicilio (en casa)* y en *instalaciones para pacientes internados*, y están sujetos a todas las formas de *costos compartidos*.

Beneficios de hospital

Los *gastos por servicios cubiertos y suministros* se limitan a los cargos hechos por un *hospital* por:

1. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería, que no exceden el precio de habitación semiprivada más común del *hospital*.
2. Una habitación de hospital privada cuando es necesaria para el aislamiento.
3. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería mientras se encuentre confinado en una *unidad de cuidado intensivo*.
4. *Uso del paciente internado* de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación.
5. Uso del paciente ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación para *cirugía*.
6. Servicios y suministros inclusive fármacos y medicamentos que rutinariamente se proporcionan por el *hospital* a las personas para usar sólo mientras estén *internados*.
7. Tratamiento de emergencia de una *lesión o enfermedad*, aunque el confinamiento no sea requerido. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer las limitaciones.
8. Administración de sangre completa y plasma sanguíneo. (Nota: La sangre completa incluye el costo de la sangre, el plasma y los expansores sanguíneos que no sean sustituidos por o para el *afiliado*).
9. Comidas y dietas especiales cuando sean *médicamente necesarias*.
10. Enfermería privada cuando sea *médicamente necesaria*.
11. Servicios de terapia de rehabilitación de corta duración cuando se encuentra en un entorno *hospitalario* para pacientes agudos.

Infertilidad

El tratamiento de infertilidad es un *gasto de servicio cubierto* cuando los servicios médicos se proporcionan al *afiliado*, y los cuales son *necesarios desde el punto de vista médico* para el diagnóstico de infertilidad.

Cuidados agudos a largo plazo (LTACH, por sus siglas en inglés)

Las enfermedades/servicios comunes que pueden considerarse médicamente necesarios para el nivel de atención LTACH incluyen, entre otros, los siguientes, sin limitarse a:

- Cuidado de heridas complejas:
 - Control médico diario de la herida
 - Herida que requiere frecuentes y complicados cambios de apósitos, y posible desbridamiento repetido del tejido necrótico
 - Herida grande con posible retraso en el cierre, drenaje y/o fístulas de túnel o de alto rendimiento
 - Herida de la extremidad inferior con isquemia grave
 - Colgajos e injertos de piel que requieren un control frecuente.
- Enfermedades infecciosas:
 - Agente(s) antiinfeccioso(s) parenteral(es) con ajustes de dosis
 - Tratamiento intensivo de la sepsis
 - Las afecciones más comunes son la osteomielitis, celulitis, bacteriemia, endocarditis, peritonitis, meningitis/encefalitis, abscesos e infecciones de heridas
- Complejidad médica:
 - Enfermedad primaria y al menos otras dos enfermedades comórbidas tratadas activamente que requieran seguimiento y tratamiento
 - Las enfermedades más comunes son los trastornos metabólicos, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal, la pancreatitis necrotizante, el enfisema (EPOC), la enfermedad vascular periférica y la enfermedad maligna o en fase terminal
- Rehabilitación:
 - Las necesidades de atención no pueden satisfacerse en un centro de rehabilitación o de enfermería especializada
 - El paciente tiene una comorbilidad que requiere cuidados agudos

- El paciente es capaz de participar en un plan de rehabilitación orientado a objetivos
- Las enfermedades más comunes son las afecciones del sistema nervioso central con limitaciones funcionales, debilitamiento, amputación, enfermedad cardíaca, cirugía ortopédica
- Apoyo de un ventilador mecánico
- Intentos fallidos de destete en un centro de cuidados intensivos
- El paciente ha recibido ventilación mecánica durante 21 días consecutivos durante 6 horas o más al día
- Se requiere el manejo del ventilador al menos cada 4 horas, así como servicios de diagnóstico y evaluaciones apropiadas.
- El paciente presenta un potencial de destete, sin afecciones pulmonares y/o neurológicas intratables y/o progresivas
- El paciente está hemodinámicamente estable y no depende de vasopresores
- El estado respiratorio es estable con un requerimiento de PEEP máximo de 10 cm H₂O, y una FiO₂ del 60 por ciento o menos con una saturación de O₂ de al menos el 90 por ciento.
- Las enfermedades más comunes son las complicaciones de la lesión pulmonar aguda, los trastornos del sistema nervioso central y neuromuscular y los trastornos cardiovasculares, respiratorios y de la pleura/pared torácica.

Equipo médico duradero

Los *servicios* y suministros *cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Equipo de hemodiálisis.
2. Muletas y reemplazo de almohadillas y puntas.
3. Máquinas de presión.
4. Bomba de infusión para líquidos y medicamentos intravenosos (IV).
5. Glucómetro.
6. Tubo de traqueotomía.
7. Monitores cardíacos, neonatales y para apnea del sueño.
8. Aparatos para aumentar la comunicación están cubiertos cuando nosotros los *aprobamos* basados en la afección del *afiliado*.
9. Máquinas de análisis INR en casa.

Suministros médicos y quirúrgicos

La cobertura para suministros médicos no duraderos y equipo para el control de enfermedades y tratamiento de afecciones médicas y quirúrgicas.

Aparatos ortésicos y protésicos

Nosotros cubriremos el modelo de *aparato ortésico y protésico* más apropiado que se determine que es *necesario desde el punto de vista médico* por el *médico*, podiatra, protesista, ortesista a cargo de su tratamiento.

Atención de maternidad

Una estadía hospitalaria está cubierta para la madre y el recién nacido durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y durante al menos 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. La cobertura incluirá la atención posterior al parto para la madre y el recién nacido que sean dados de alta antes de que expiren las horas mínimas de cobertura.

Cargos del recién nacido

Los servicios *médicamente necesarios*, inclusive los servicios hospitalarios, se proporcionan a un

recién nacido cubierto inmediatamente después del nacimiento.

Cobertura de ensayo clínico

La cobertura de ensayo clínico incluye los *costos de cuidado del paciente de rutina* incurridos como resultado de un ensayo clínico de fase I, II, III o fase IV aprobado, y el ensayo clínico se realiza con el propósito de prevención, detección temprana, o tratamiento de cáncer, o de otra enfermedad o afección potencialmente mortal.

Beneficios de medicamentos con receta

Los *gastos por servicios cubiertos* y suministros en esta subsección de beneficios están limitados a los cobros de una farmacia con licencia por:

1. Un *medicamento con receta*.
2. Cualquier medicamento que, bajo la ley aplicable del estado, pueda ser surtido únicamente con la receta escrita de un profesional médico.
3. Para cualquier otro uso de un medicamento aprobado por la FDA cuando éste no haya sido aprobado por la FDA para el tratamiento de la indicación particular para la que se ha recetado el medicamento, siempre que dicho medicamento esté reconocido para el tratamiento de dicha indicación en uno de los compendios de referencia estándar o en la literatura médica, tal y como recomiendan las políticas actuales de la Asociación Médica Americana (AMA). La cobertura de un medicamento requerido incluirá también los servicios médicamente necesarios asociados a la administración del mismo. Este beneficio no se interpretará como una exigencia de:
 - a. Cobertura de cualquier medicamento si la FDA ha determinado que su uso está contraindicado para el tratamiento de la indicación particular para la que se ha recetado el medicamento;
 - b. Cobertura de medicamentos experimentales o de investigación no aprobados para ninguna indicación por la FDA; y
 - c. Reembolso o cobertura de cualquier medicamento que no esté incluido en el formulario de medicamentos o en la lista de medicamentos cubiertos especificada en este *contrato*.
4. Medicamentos no autorizados que son:
 - a. Reconocidos para el tratamiento de la indicación en al menos un (1) compendio de referencia estándar; o
 - b. Se recomiendan para un tipo específico de cáncer y se consideran seguros y eficaces en estudios clínicos formales, cuyos resultados se han publicado en una revista médica profesional revisada por pares y publicada en Estados Unidos o Gran Bretaña.
5. Medicamentos anticancerígenos orales recetados.

Para obtener el Formulario de Ambetter o la Lista de medicamentos preferidos más actualizada o para obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com (bajo "Para afiliados", "Cobertura de medicamentos") o llame a Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Productos alimenticios médicos

Nosotros cubrimos productos alimenticios médicos y fórmulas cuando sean *necesarios desde el punto de vista médico* para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, siglas en inglés), u otras enfermedades hereditarias independientemente del método de entrega. La cobertura de las enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá, además de la fórmula enteral, productos alimenticios modificados para que sean bajos en proteínas. Dicha cobertura se

proporcionará cuando el *médico* prescriptor haya emitido una orden escrita en la que se indique que la fórmula enteral o el producto alimenticio son *médicamente necesarios*.

Servicios de cuidados preventivos

Los *servicios cubiertos* incluyen los gastos incurridos por el *afiliado* por los siguientes servicios de salud preventivos si son apropiados para ese *afiliado* de acuerdo con las siguientes recomendaciones y pautas:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que efectivamente tienen una clasificación A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Vacunas de uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en efecto una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y las evaluaciones previstas en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
- Con respecto a las mujeres, la atención preventiva y evaluaciones adicionales tal como se establece en las directrices integrales apoyadas por la HRSA.

Los servicios adicionales de atención preventiva incluyen:

- Servicios de atención preventiva para niños
- Servicios de atención preventiva para mujeres, incluidas las embarazadas
- Servicios preventivos para adultos
- Análisis de rutina y vacunas
- Ciertos análisis para la detección del virus del papiloma humano y del cáncer de ovario y del cuello del útero
- Mamografías de detección y diagnósticos por imagen
- Detección y prevención de la osteoporosis
- Ciertos exámenes para la detección del cáncer de próstata
- Exámenes de detección temprana de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de deficiencias auditivas
- Atención anticonceptiva
- Servicios médicos de la vista

Estudios del sueño

Los estudios del sueño están cubiertos cuando se determina que son *médicamente necesarios*.

Servicios de trasplantes

Los trasplantes son un beneficio cubierto cuando un *afiliado* es aceptado como candidato para un trasplante y obtiene *autorización previa* de acuerdo con este *contrato*.

Beneficios de gastos de la vista pediátricos

Los *gastos por servicios cubiertos* en esta subsección de beneficios incluyen los siguientes servicios realizados por un optometrista, optometrista terapéutico u oftalmólogo para un *hijo elegible* menor de 19 años quien es un *afiliado*:

1. Los exámenes de rutina de la vista, incluyen dilatación con refracción cada año de calendario;
2. Un par de lentes recetados (visión simple, bifocal alineado, trifocal alineado, o lenticular) en vidrio o plástico, o suministro inicial de lentes de contacto *necesarios desde el punto de vista médico* cada año de calendario;

- a. Entre otras opciones de lentes se incluyen: tinte gradual de oscuro a claro, con capa protectora ultravioleta, anteojos de sol recetados con lente de cristal gris #3 y de gran tamaño, lentes de policarbonato, lentes segmentados mixtos, lentes para visión intermedia, lentes progresivos estándar, progresivos Premium (Varilux®, etc.), lentes de cristal fotocromáticos, lentes fotosensitivos de plástico (Transitions®), lentes polarizados, con capa antirreflejante (AR) estándar, capa antirreflejante (AR) Premium, capa antirreflejante (AR) Ultra, y lentes de alto índice
3. Un par de armazones para lentes recetados por año de calendario;
4. Con capa antirraya; y
5. Ayudas para la disminución de la vista si son *médicamente necesarias*.

Servicios y beneficios de la atención de emergencia

Su *Evidencia de Cobertura* 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 fuera de la red*, sólo los beneficios fuera de la red estarán disponibles.

Su *contrato* 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 *Evidencia de Cobertura* 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.

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 para obtener más información.

Proveedores basados en el hospital

Al recibir atención en un *hospital de la red*, es posible que algunos proveedores con base en el hospital (por ejemplo, cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas) no tengan contrato con nosotros como *proveedores de la red*. Si se le avisa adecuadamente y usted lo reconoce antes de la prestación de los servicios, puede ser responsable del pago de la totalidad o parte de los honorarios de aquellos servicios profesionales que no sean pagados o cubiertos por nosotros, lo que se conoce como "*facturación del saldo o balance*". Le recomendamos que pregunte sobre los *proveedores* que lo tratarán antes de que comience su tratamiento, para que pueda entender el estado de él/ella/ellos en nuestra *red*. Cualquier cantidad que esté obligado a pagar al proveedor *que no pertenece a la red* que exceda el gasto subvencionable no se aplicará a su *cantidad deducible* o a la *cantidad máxima de bolsillo*. No se le puede facturar el saldo de los servicios auxiliares que no sean de urgencia (medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología, y neonatología, así como servicios de diagnóstico [incluidos los servicios de radiología y laboratorio]) recibidos de un *proveedor no perteneciente a la red* en un *hospital o centro ambulatorio de la red*. Si se le factura el balance en estas situaciones, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Responsabilidad financiera del afiliado

Las siguientes son las características de su *Evidencia de Cobertura* 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 participantes* cuando un *proveedor participante* no esté razonablemente disponible para usted.

Pago de primas

LAS PRIMAS ESTÁN SUJETAS A CAMBIO AL MOMENTO DE RENOVAR EL CONTRATO. Las primas de renovación para este *contrato* se aumentarán periódicamente dependiendo de su edad y el año del plan.

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.

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 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 afiliar 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 *Evidencia de Cobertura* 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 de este *contrato* 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 del *contrato* 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 *Evidencia de Cobertura* pueden ser limitados por las exclusiones y limitaciones del *contrato*. 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 *contrato*.

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 plan del *afiliado* está en vigencia bajo el *contrato* si el cargo por el servicio o suministro califica como un *gasto por servicios elegibles*.

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 autorizables.

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 quince del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el dieciséis 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 de beneficio no calificarán como *gastos por servicios cubiertos* bajo cualquier otra provisión de beneficio de este *contrato*.

Limitaciones y exclusiones de la Evidencia de Cobertura

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 *gastos por servicios cubiertos* bajo el *contrato*. Usted será totalmente responsable por el pago de cualquier servicio que no es un *gasto por servicios cubiertos*.
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 por 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 a los *gastos por servicios elegibles*.
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. En el caso del aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término o cuando la mujer corra un grave riesgo de sufrir un deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que el aborto se realice).
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. Por servicios prestados fuera de una visita a un *proveedor de atención primaria*, cuando no se obtenga una *referencia* a través de su *proveedor de atención primaria*, excepto en caso de emergencia, o como se especifica en otra parte de este *contrato*.
12. Períodos de espera por disponibilidad de un profesional médico cuando no se presta ningún tratamiento.
13. 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.
14. *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.
15. 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 concederán beneficios para los servicios que sean *médicamente necesarios* y que, de otro modo, estarían cubiertos por este *contrato*;
 - 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 este *contrato*.
16. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de Servicios de trasplante.
17. Para cirugía refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
18. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
19. Para terapia vocacional o recreativa, *rehabilitación* vocacional, terapia del habla como paciente ambulatorio, o terapia ocupacional, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
20. Para medicina alternativa o complementaria usando prácticas terapéuticas no ortodoxas que no siguen la medicina convencional. Estas incluyen, pero no se limitan a, acupuntura, terapia mediante expediciones a áreas silvestres, terapia al aire libre, campo de entrenamiento, terapia con actividades equinas, y programas similares.
21. 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*.
22. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje.
23. 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.

24. Para o relacionado con el tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
25. Para *cirugía* de reducción fetal.
26. 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.
27. 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 esquiendo (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción).
28. 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.
29. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
30. 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; membresías 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*;
31. Servicios privados de enfermero(a) titulado(a) prestados a pacientes ambulatorios.
32. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
33. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.
34. *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;
 - j) Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un *Acuerdo de Subrogación*; o
 - 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 del *afiliado* que posee un *contrato* activo con nosotros y / o el niño posee un *contrato* activo con nosotros al momento del nacimiento.
35. Para todos los servicios de atención médica obtenidos en un Centro de atención urgente que sea un *proveedor que no pertenece a la red*.
36. 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.
37. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naturopatía para el tratamiento de prevención, autocuración y uso de terapias naturales.
38. Necesidad médica de servicios o suministros, en la medida en que dichos servicios o suministros se proporcionen como parte de un programa de cuidados de hospicio (paliativos).

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 se listan en el

formulario. Esta exclusión no se aplica a los métodos anticonceptivos recetados y aprobados por la FDA.

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 usado para tratar la hiperhidrosis.
21. 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.
22. 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.
23. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.

24. Abastecimiento de medicamentos cuando el *afiliado* tiene más de 15 días de suministro de medicamentos.
25. 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*.

Se requiere que los *afiliados* obtengan una *referencia* de su *PCP* para los *especialistas* de la red u otros proveedores para los servicios de atención médica adicionales que se consideren *médicamente necesarios*. Se requiere una *referencia* antes de una visita que no sea de emergencia con un profesional fuera de los servicios de atención de su *PCP* (excluyendo las emergencias, la atención de urgencia, los servicios de atención para la salud mental/del comportamiento y los servicios de ginecología y obstetricia). Esto incluye, pero no se limita a, las visitas al consultorio en persona, las consultas con especialistas y los análisis de diagnóstico, así como las visitas a un centro de la red. Los servicios de emergencia no requieren *referencia*. No necesita una referencia de su *médico de atención primaria* de la red para recibir servicios para la salud mental o *del comportamiento* dentro de la red, ni para recibir tratamiento obstétrico o ginecológico, y puede buscar atención directamente de un obstetra o ginecólogo *de la red*.

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

1. Reciba un servicio o suministro de un proveedor *fuera de 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. Los *proveedores de la red* no pueden facturarle a usted por servicios para los que no obtienen la autorización previa requerida. La atención de emergencia no requiere *autorización previa*. 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*.

Una vez la *autorización previa* haya sido solicitada y todos los requisitos o documentación correspondiente hayan sido presentados, le notificaremos a usted y a su *proveedor* si la solicitud ha sido aprobada tal como sigue:

1. Para servicios que requieran *autorización previa*, dentro de los tres días de calendario de la recepción.
2. Para revisión concurrente dentro de 24 horas a la recepción de la solicitud.
3. Para tratamiento después de la estabilización o enfermedad potencialmente mortal, dentro del marco de tiempo apropiado a las circunstancias y condición del *afiliado*, pero sin exceder una hora de la recepción de la solicitud.
4. Para solicitudes posteriores al servicio, con 30 días de calendario de la recepción de la solicitud.

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, el *proveedor o centro* debe identificar y solicitar que los *afiliados* que experimentan circunstancias especiales puedan continuar el tratamiento bajo su cuidado. Por circunstancias especiales se entienden aquellas enfermedades respecto a las cuales el médico o proveedor que las trata considera razonablemente que la interrupción de la atención por parte de dicho médico o proveedor podría causar un daño al paciente. Por ejemplo, discapacidades, afecciones agudas, enfermedades que ponen en peligro la vida, o si se ha sobrepasado la 24^a semana de embarazo y el periodo obligatorio asociado.

Además, 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*.

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 un día hábil o 72 horas, lo que sea menos, desde el momento que la recibamos. Usted recibirá una carta con la resolución de su *queja* dentro de un día hábil de su solicitud.

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 *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 *afiliados*. 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*.

Las *apelaciones* aceleradas de *determinaciones adversas* que incluyen emergencias en curso o negación de continuación de estadía en el *hospital*, negación de *medicamentos de venta con receta*, infusiones intravenosas o una excepción al protocolo de terapia escalonada denegada se resolverán a más tardar un día hábil después de recibir la solicitud.

Si la *apelación* de la *determinación adversa* es denegada, usted o su representante designado tiene el derecho de solicitar una revisión externa de esa decisión. La organización de revisión externa no está afiliada con nosotros ni con *nuestro* Agente de revisión de la utilización. También puede solicitar una revisión externa sin completar primero una *apelación* interna si sus derechos de *apelación* interna ya se han agotado.

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 obstetra/ginecólogo (que sea *proveedor de la red*) para recibir servicios relacionados con la salud femenina. No necesitan una referencia de su *médico de atención primaria* de la red para recibir tratamiento obstétrico o ginecológico y pueden buscar atención directamente de un obstetra o ginecólogo *de la red*.

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).

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

- Un plan de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) proporciona servicios que usted recibe de *médicos* o *proveedores* fuera de la red, con las excepciones específicas que se describen en su evidencia de cobertura y más abajo.
- Usted tiene derecho a una red adecuada de *proveedores* participantes (conocidos como "*médicos y proveedores de la red*").
 - Si usted cree que la *red* es inadecuada, usted puede presentar una *queja* ante el Departamento de Seguros de Texas en www.tdi.texas.gov/consumer.complfrm.html.
- Si su HMO *aprueba* una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un *proveedor participante* disponible, o si usted ha recibido *atención de emergencia* fuera de la red, su HMO debe, en la mayoría de los casos, solventar el cobro del *proveedor no participante*, de manera que usted únicamente tenga que pagar las cantidades aplicables de *coaseguro*, *copago* y *deducible*.
- Usted puede obtener el directorio actual de los *proveedores participantes* 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 solicitar ayuda en encontrar *proveedores participantes* disponibles. Si usted se basó en información de directorio materialmente inexacta, podría tener derecho a que se le pague un reclamo fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red, si presenta una copia de la información de directorio inexacta a la HMO, con fecha no mayor a 30 días antes de recibir el servicio.

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

Área de servicio es cualquier lugar que esté entre 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: Bexar, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Harris, Montgomery, Rockwall, Tarrant, Travis y Williamson.

Actualmente se desconoce la cantidad de afiliados efectivos en el *área de servicio* de Ambetter bajo la licencia HMO de Superior HealthPlan. 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
Bexar	7,883
Collin	4,162
Dallas	4,364
Denton	3,525
Fort Bend	11,640
Harris	22,724
Montgomery	4,444
Rockwall	927
Tarrant	5,455
Travis	2,175
Williamson	1,074

Datos demográficos de la red

Área de servicio	Tipo de Proveedor					
	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	Cirugía	Hospital General para casos agudos
Bexar	74	55	56	12	71	7
Collin	22	7	16	19	60	2
Dallas	70	3	33	20	104	5
Denton	31	2	7	0	21	3
Fort Bend	53	11	1	0	27	3
Harris	345	60	73	23	123	11
Montgomery	50	5	5	2	23	1
Rockwall	1	0	1	0	3	0
Tarrant	35	7	19	5	28	5
Travis	196	76	77	61	132	4
Williamson	77	59	15	34	42	3

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	
Bexar						
Collin						
Dallas						
Denton						
Fort Bend						
Harris						
Montgomery						
Rockwall						
Tarrant						
Travis						
Williamson						

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).

Renovación garantizada

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

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

A menos que el *contrato* sea 'no cancelable', según se define en el *contrato*, nosotros tenemos el derecho de aumentar las tarifas en su *contrato* cada vez que lo renueve, en una forma consecuente con el *contrato* y la ley de Texas. Le informaremos por escrito del aumento de una tarifa de cobertura al menos 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia del aumento. Si el *contrato* es no cancelable, *nuestro* derecho de aumentar las tarifas está limitado por la definición de 'no cancelable' contenida en el *contrato*, y por la ley de Texas.

Anualmente, nosotros podemos cambiar la tabla de tarifas usada para este formulario de *contrato*. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en esa fecha de vencimiento de la prima. El plan y la edad de los *afiliados* cubiertos, 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 este *contrato* o debido a un cambio en la salud de un *afiliado* cubierto. Mientras este *contrato* esté vigente, nosotros no restringiremos la cobertura ya vigente. Si dejamos de ofrecer y rechazamos renovar todos los *contratos* emitidos 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.