



ambetter.

DE



superior
healthplan.

2022

Guía de referencia rápida

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Para obtener más información visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

AMB21-TX-C-00632_CORE



¡Bienvenido a Ambetter, de Superior HealthPlan!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud. Nos entusiasma ayudarlo a tomar el control de su salud y llevar una vida más sana y más plena.

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Esta guía de referencia rápida (QRG) lo ayudará a entenderlos todos. En el interior, encontrará información importante sobre:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- Información sobre su tarjeta de identificación de afiliado
- Beneficios odontológicos y oftalmológicos opcionales para adultos
- Telesalud
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarlo. Y no olvide darle un vistazo a nuestra videoteca en línea, en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. Está llena de información útil.

Servicios para Afiliados:

1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989)

Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

CELTIC INSURANCE COMPANY PARA AMBETTER DE SUPERIOR HEALTHPLAN (al que de aquí en adelante se hace referencia como Ambetter de Superior HealthPlan).

La compañía de seguros que le da su seguro es Celtic Insurance Company. El contrato de seguros es un plan de beneficios con proveedores exclusivos. El contrato de seguros contiene beneficios de proveedores preferidos. El contrato solo da beneficios para servicios recibidos de proveedores preferidos, excepto por lo que se indique en el contrato y en la descripción escrita, o por lo que de otra manera requiera la ley.

Cómo comunicarse con nosotros

Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter de Superior HealthPlan

5900 E. Ben White Blvd.

Austin, TX 78741

Si desea comunicarse por teléfono, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro.

Servicios para Afiliados	1-877-687-1196
Relay de Texas/TTY	1-800-735-2989
Fax	1-877-941-8077
Hacer un pago	1-844-PAY-BETTER
Servicios de salud conductual	1-877-687-1196
Servicios de atención oftalmológica	1-866-753-5779
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-877-687-1196
Programas de salud y bienestar	1-877-687-1196
Telesalud	1-800-835-2362
Reclamos	1-877-687-1196
Emergencia	911
Sitio web	Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Cuando llame, tenga estos datos a mano:

- Su identificación
- Su número de reclamación o factura, si tiene preguntas sobre facturación

Servicio de interpretación

Comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) para obtener los servicios de interpretación gratuitos, según los necesite. Los servicios de interpretación incluyen idiomas que no sean el inglés. Mediante este servicio, usted y su proveedor pueden hablar sobre sus inquietudes médicas o conductuales de una manera más cómoda para usted. Los afiliados ciegos o con problemas de la vista que necesiten ayuda pueden llamar a Servicios para Afiliados para recibir una interpretación oral.





Cómo hacer una consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración sobre un beneficio, producto o elegibilidad, sin que se haya manifestado insatisfacción.

Estos son ejemplos de consultas:

- "¿Puedo hacer un pago?"
- "¿Puede ayudarme a cambiar de proveedor de atención primaria?"
- "¿Por qué recibí esta factura?"
- "¿Por qué cambió mi prima?"
- "¿Puedo obtener una copia de mi tarjeta de identificación?"
- "¿Me pueden ayudar a encontrar un proveedor?"
- "¿Este beneficio está cubierto?"
- "¿Cuándo recibiré mi tarjeta My Health Pays®?"

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, primero puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Si no está satisfecho con algún aspecto de las operaciones del plan de salud, consulte "Cómo presentar una queja" en la página 16.

Cómo funciona su Plan



Infórmese sobre cómo aprovechar al máximo su plan. Cree su cuenta de afiliado en línea para comenzar.



¿Desea obtener más información sobre nuestra área de servicios y proveedores dentro de la red? Visite [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://ambetter.superiorhealthplan.com)

Descripción escrita del plan:

<https://ambetter.superiorhealthplan.com/resources/handbooks-forms/transparency-notice-2020.html>

Póliza de gastos médicos mayores (desplácese hacia abajo): <https://ambetter.superiorhealthplan.com/2022-brochures-EPO.html>

Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener un seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de verificación. Si necesita asistencia, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro.

- 1** Cree su cuenta segura de afiliado en línea. Para hacerlo, visite la página "Iniciar sesión/Afiliados" en [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://ambetter.superiorhealthplan.com). Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le brinda acceso a su *Resumen de beneficios*, información sobre reclamaciones, esta QRG y más.
- 2** Nuestro programa *myhealthpays*® lo ayuda a centrarse en su salud integral. Cuando completa actividades saludables, como comer bien, moverse más, ahorrar de manera inteligente y vivir bien, ¡puede ganar puntos de recompensa! Todo lo que tiene que hacer es iniciar sesión en su cuenta de afiliado en línea para comenzar.
- 3** Inscríbese en pago automático de facturas. Llámenos o ingrese en su cuenta de afiliado en línea para inscribirse. El pago automático extrae en forma automática de su cuenta bancaria su pago mensual de la prima. Es simple, útil, conveniente y seguro.
- 4** Elija a su proveedor de atención primaria (PCP). Solo inicie sesión en su cuenta de afiliado y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área en la *Guía de proveedores* disponible en nuestro sitio web. Recuerde: su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que verá para la mayor parte de su atención médica. Eso incluye sus chequeos, consultas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.
- 5** Programe su examen anual de bienestar con su PCP. ¡Después de su primer control, ganará 500 puntos en recompensas *myhealthpays*! Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y programe una cita.

Respuestas a sus consultas sobre pagos



Si tiene preguntas sobre cómo pagar su prima, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).



Regístrese en Facturación Electrónica para recibir sus facturas mensuales en línea.

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

1. Pago en línea (¡lo recomendamos!)

- a. **Pago rápido:** <https://centene.softheon.com/Equity/#/search> o visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com y seleccione "pay now" (pagar ahora).
- b. **Cuenta segura de afiliado:** Cree su cuenta de afiliado en línea en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com e inscríbese en pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático con sus tarjetas de crédito, de débito (prepagada o bancaria) o con su cuenta bancaria. También puede hacer un pago por única vez a través de su cuenta de afiliado en línea.
- c. Si obtuvo recompensas de My Health Pays®, puede usarlas para ayudar a pagar sus primas mensuales. Ingrese en su cuenta segura de afiliado en Member.AmbetterHealth.com para obtener más información sobre el programa My Health Pays® y para ver el saldo de su tarjeta.

2. Pago por teléfono

- a. Pago por teléfono automatizado. Llámenos al 1-844-PAY-BETTER (729-2388) y utilice nuestro sistema interactivo de respuesta por voz (IVR). Es rápido y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

- b. Comuníquese con los servicios de facturación al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) entre las 8 a.m. y las 8 p.m., hora del centro. Usted tendrá la opción de pagar usando el sistema interactivo de respuesta por voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de facturación.

3. Pago por correo postal

- a. Envíe un cheque o giro postal a la dirección que aparece en el talón de pago de su factura. **Asegúrese de enviarlo por correo al menos siete a diez días antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Recuerde escribir su número de identificación de afiliado en el cheque o giro postal, desprenda el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**
- b. El envío por correo a la dirección correcta asegurará que sus pagos se procesen de manera oportuna.

Ambetter from Superior HealthPlan

Attn: Billing Services

PO Box 842739

Dallas, TX 75284-2739

4. Pague con MoneyGram

Para buscar una ubicación de MoneyGram cerca de su hogar, o hacer un pago a Ambetter con MoneyGram, visite <https://www.moneygram.com/mgo/us/en/paybills> o llame al 1-800-926-9400.





Nos preocupamos por su salud

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

(continuación)

¿Qué ocurre si pago con retraso?

Su factura vence antes del primer día de cada mes. Por ejemplo, su prima de junio vence el 31 de mayo.

Si no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, puede entrar en un período de gracia. Es un tiempo adicional que le damos para pagar. Durante un período de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. Además, durante este período seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el período de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Para ver los detalles del período de gracia, consulte su *Póliza de gastos médicos mayores*.

Servicios para Afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro departamento de Servicios para Afiliados siempre está dispuesto a ayudarlo. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- entender cómo funciona su plan;
- aprender a obtener la atención que necesita;
- encontrar respuestas a sus preguntas sobre el seguro de salud;
- conocer lo que su plan cubre y lo que no;
- elegir un PCP que satisfaga sus necesidades;
- obtener más información sobre programas útiles, como el de Administración de la Atención y los Servicios de Salud Conductual;
- buscar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red);
- solicitar su tarjeta de identificación de afiliado u otros materiales relacionados.

Si se inscribió a través del Mercado de seguros de salud, deberá comunicarse con ellos para actualizar su información de inscripción, por ejemplo:

- Su fecha de nacimiento
- Su domicilio
- Ingresos
- Cambios en su situación de vida
- Para finalizar su cobertura de Ambetter

Para hacerlo puede visitar [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Cuando se comunique, debe informar en qué estado vive y pedirle a un representante que lo ayude.

Si se inscribió en un plan de salud fuera del Mercado, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) para actualizar su información de inscripción, como su fecha de nacimiento, dirección, o cambios en sus ingresos o su situación de vida, o para finalizar su cobertura con Ambetter.



¿Tiene pérdida total o parcial de la audición? Llame al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) o visite [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://www.Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).

Información sobre afiliación y cobertura



Su paquete de bienvenida para afiliados de Ambetter

Cuando se inscribe en Ambetter, recibe un paquete de bienvenida para afiliados. El paquete incluye información básica sobre el plan de salud que seleccionó. Lo recibirá antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter.



Su tarjeta de identificación de afiliado de Ambetter

Su tarjeta de identificación de afiliado es prueba de que cuenta con nuestro seguro de salud, y es muy importante. Estas son algunas cosas que debe tener en cuenta:

- Tenga esta tarjeta con usted en todo momento.
- Deberá presentarla siempre que reciba servicios de atención médica.
- Recibirá sus tarjetas de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá su paquete de bienvenida ni las tarjetas de identificación de afiliado hasta que el pago vinculante y la prima del primer mes estén pagados en su totalidad.

Si desea descargar su tarjeta de identificación digital, solicitar un reemplazo de su tarjeta de identificación o una identificación temporal, ingrese a su cuenta segura de afiliado.

Este es un ejemplo del aspecto típico de una tarjeta de identificación de afiliado.

 	EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION IN NETWORK COVERAGE ONLY QHP TDI
Subscriber: [Jane Doe] Member: [John Doe] Policy #: [XXXXXXXXXX] Member ID #: [XXXXXXXXXXXXXXX] Plan: [Ambetter Balanced Care] [Line 2 if needed] [Line 3 if needed]	Effective Date: [XX/XX/XX] RXBIN: [00000000] PLAN: [ADV] RXGROUP: [99-447] Pharmacy Administrator: [Involve Pharmacy Solutions] Provider Network: [Provider Network Name XXXXXXXXXXXX] [REFERRAL INFORMATION]
COPAYS PCP: [\$0 coin. after ded.] Specialist: [\$25 coin. after ded.] Rx (Generic/Brand): [\$5/\$25 after Rx ded.] Urgent Care: [20% coin. after ded.] ER: [\$250 copay after ded.] Individual Deductible INN (Med/Rx): [\$5000/XXXX] OON (Med/Rx): [\$5000/XXXX]	Family Deductible INN (Med/Rx): [\$5000/XXXX] OON (Med/Rx): [\$5000/XXXX] Individual MOOP INN: [XXXXXXXXXX] Individual MOOP OON: [XXXXXXXXXX] Family MOOP INN: [XXXXXXXXXX] Family MOOP OON: [XXXXXXXXXX] Coinsurance (Med/Rx): [50%/30%]

Frente

Ambetter.SuperiorHealthPlan.com	
Member/Provider Services: 1-877-687-1196 Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989 24/7 Nurse Line: 1-877-687-1196	Medical Claims: Superior HealthPlan Attn: CLAIMS PO Box 5010 Farmington, MO 63640-5010
Numbers below for providers: EDI Payor ID: 68060 Pharmacy Help Desk: 1-844-276-1395	
<small>Additional information can be found in your Major Medical Expense Policy. If you have an Emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). Emergency services given by a provider not in the plan's network will be covered without prior authorization; however, it may change the member's responsibility. Receiving non-emergent care through the ER or with a non-participating provider may result in a change to member responsibility. For updated coverage information, visit Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.</small>	
<small>AMB21-TX-C-00609</small>	<small>Ambetter from Superior HealthPlan is underwritten by Celtic Insurance Company. © 2021 Celtic Insurance Company. All rights reserved.</small>

Dorso

Si necesita información sobre la cobertura de afiliados a cargo, consulte su *Póliza de gastos médicos mayores*.



Reciba la atención correcta en el lugar adecuado

Cuando necesita atención médica, debe poder decidir rápidamente adónde acudir o qué hacer. Conozca sus opciones. Entre ellas están las siguientes:

1. **Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana**
2. **Telesalud de Ambetter**
3. **Hacer una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
4. **Visitar un centro de atención de urgencias**
5. **Acudir a la sala de emergencias**

Su decisión dependerá de su situación específica. En la sección siguiente se describen cada una de sus opciones en más detalle, así que siga leyendo. Y recuerde: asegúrese siempre de que sus proveedores estén dentro de la red. Usar proveedores dentro de la red puede ayudarlo a ahorrar dinero en sus costos de atención médica. Cada vez que reciba atención médica, necesitará su tarjeta de identificación de afiliado.

Conozca más sobre sus opciones en <https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com/resources/handbooks-forms/where-to-go-for-care.html>

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria es su médico principal, a quien acude para sus chequeos habituales. Si no selecciona un PCP, se le asignará uno según su domicilio. Puede cambiar de PCP en cualquier momento; consulte Cómo elegir un PCP distinto en esta QRG. Si su afección no pone en peligro su vida, llamar a su PCP debería ser su primera opción. Use nuestra Guía Ambetter en línea para buscar un proveedor de la red en su área.

Visite o llame a su PCP si necesita:

- su chequeo anual de bienestar y vacunas;
- asesoramiento sobre su salud en general;
- ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebre;
- tratamientos para un problema de salud continuo, como asma o diabetes.

Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que recibe de nuestros proveedores. Así que, si desea cambiar de PCP por cualquier razón, visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. Entre a su cuenta de afiliado en línea y siga estos pasos:

1. **Haga clic en "Coverage" (Cobertura) o en "Edit Account" (Editar cuenta).**
2. **En la sección My Primary Care Provider (Mi proveedor de atención primaria), vea la Guía Ambetter para buscar un PCP en la red.**
3. **Elija uno de la lista. Asegúrese de elegir uno que acepte nuevos pacientes en la actualidad.***

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989). También puede visitar guide.ambetterhealth.com para ver una lista de proveedores en la página de nuestra Guía Ambetter.



Cómo elegir un PCP distinto (continuación)

**Si elige un enfermero especializado o un asociado médico como su PCP, su cobertura de beneficios y los importes de los copagos son los mismos que para los servicios de otros proveedores participantes. Consulte su Resumen de beneficios para obtener más información.*

¿Cuándo necesita una derivación?

Si tiene un problema médico, afección, lesión o enfermedad específica, probablemente necesite ver a un especialista. Un especialista es un proveedor que está capacitado en un área específica de la atención médica. Para ver a un especialista, podría ser necesario que obtenga una derivación de su PCP.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios médicos, farmacéuticos y de salud conductual cubiertos requieren autorización previa para verificar la necesidad médica. Los servicios de emergencia no requieren una autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener autorización previa para el servicio, según corresponda.

Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre autorizaciones previas.

Es posible que se requiera autorización previa para determinados servicios cubiertos. Consulte su *Póliza de gastos médicos mayores* para obtener más información.

Su proveedor de atención primaria (PCP), también conocido como su médico personal, es la persona a la que debería ver para todos los aspectos de su atención médica, desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud y más. Elija a su PCP dentro de la red utilizando nuestra Guía Ambetter que se encuentra en guide.ambetterhealth.com.



Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier momento: 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Cuándo acudir a un centro de atención de urgencia

Un centro de atención de urgencia brinda atención práctica y rápida para enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida pero que igual es necesario tratar dentro de las siguientes 24 horas. Por lo general, acude a un centro de atención de urgencia si su PCP no puede atenderlo de inmediato.

Estos son servicios comunes de atención de urgencia:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebre alta
- Síntomas de gripe con vómitos

Si cree que necesita ir a un centro de atención de urgencia, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP le puede dar atención e indicaciones por teléfono, o dirigirlo al lugar correcto para recibir atención.
- Si el consultorio de su PCP no está disponible, puede elegir una de estas dos opciones:
 1. Encuentre un centro de atención de urgencias de la red en nuestra Guía Ambetter en línea: guide.ambetterhealth.com, escriba "Urgent Care" (Atención de urgencia) y su código postal, y luego haga clic en search (buscar).
 2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989). Un enfermero lo ayudará por teléfono o lo derivará a otra atención médica. Es posible que tenga que dar al enfermero su número telefónico.

Revise su *Resumen de beneficios* para saber cuánto debe pagar por servicios de atención de urgencia.

Después de la visita, informe a su PCP que acudió a un centro de atención de urgencia y por qué.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

Se considera una situación de emergencia todo lo que pueda poner su vida en peligro (o la de su bebé por nacer, si está embarazada) si no recibe atención médica de inmediato. En los servicios de emergencia pueden tratar lesiones accidentales o el inicio de lo que parece ser una afección médica. Cubrimos servicios médicos y de salud conductual de emergencia tanto dentro como fuera del área de servicio. Cubrimos estos servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenga en cuenta que algunos proveedores que lo tratan en la sala de emergencias pueden no tener contrato con Ambetter. También debe tener en cuenta que solo debe recibir una factura por parte de estos proveedores fuera de la red por los costos compartidos, que incluyen deducibles, copagos o coseguros. Si recibe una factura que supere esos montos, debe notificar a Ambetter de Superior HealthPlan visitando nuestro sitio web Ambetter.SuperiorHealthPlan.com, o llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). Debe asegurarse de que cualquier cuidado posterior a la estabilización y atención de seguimiento sean proporcionados por un proveedor dentro de la red para evitar cargos inesperados. Es una buena idea preguntar a sus proveedores si están dentro de la red de Ambetter para no recibir cargos inesperados.

Consulte su *Póliza de gastos médicos mayores* para obtener más información sobre la facturación del proveedor y la facturación de saldos.



Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado y su identificación con fotografía. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

La atención urgente no es atención de emergencia. Acuda a la sala de emergencias solo si su médico le dice que lo haga, o si tiene una emergencia que pone su vida en peligro.



Cuándo acudir a la sala de emergencias

(continuación)



Si necesita ayuda para decidir a dónde dirigirse para recibir atención, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989). En una emergencia, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. Solicite servicios de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica inmediata.

Diríjase a la sala de emergencias si tiene:

- Fracturas de huesos
- Hemorragia que no se detiene
- Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada)
- Dolores intensos de pecho o síntomas de ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Ingestión de sustancias tóxicas
- Quemaduras graves
- Síntomas de conmoción (sudor, sed, mareos, piel pálida)
- Convulsiones o ataques
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar
- Heridas de bala o cuchillo

No vaya a la sala de emergencias por:

- Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortes o raspones que no requieren sutura
- Para obtener medicamentos o resurtido de sus recetas
- Dermatitis del pañal

¿Qué ocurre si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicios?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras usted esté fuera del estado. Si acude a una sala de emergencias fuera de la red, y no experimenta una verdadera emergencia, puede ser responsable de todos los montos por encima de lo que cubre su plan. Esos montos adicionales podrían ser muy grandes, y serían adicionales a los costos compartidos y deducibles de su plan.

Conozca más sobre sus opciones en <https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com/resources/handbooks-forms/where-to-go-for-care.html>.

Telesalud de Ambetter

Telesalud de Ambetter, el servicio de telemedicina, es nuestro acceso las 24 horas a proveedores de atención médica de la red, en caso de que usted tenga un problema de salud que no sea una emergencia. Está disponible para que lo use desde su casa, la oficina o incluso en vacaciones.

Antes de empezar a usar telesalud de Ambetter, debe configurar su cuenta en AmbetterTelehealthTX.com.

Los proveedores de telesalud de Ambetter están disponibles por teléfono o video cuando necesite atención médica, un diagnóstico o una receta médica. Como parte de nuestro Programa de Administración de la Salud, Ambetter ofrece un copago de \$0 a proveedores de telesalud de la red. Puede elegir recibir atención inmediata o programar una cita en un momento que se ajuste a su horario.

Póngase en contacto con telesalud de Ambetter si presenta:

- Resfriados, gripe y fiebre
- Erupciones y afecciones cutáneas
- Problemas de los senos paranasales, alergias
- Infecciones de las vías respiratorias superiores, bronquitis
- Conjuntivitis

Ambetter no proporciona atención médica. Eso lo hacen proveedores individuales mediante Teladoc Health.

Se aplica un costo compartido de \$0 para los servicios de telesalud dentro de la red a través de telesalud de Ambetter. El costo compartido de \$0 de telesalud de Ambetter no se aplica a los planes HSA hasta que se alcance el deducible. Ambetter no proporciona atención médica.

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana

Nuestra línea gratuita de asesoramiento de enfermería, que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, le facilita obtener respuestas a sus preguntas de salud. Ni siquiera tiene que salir de casa. El personal está compuesto por enfermeros con licencia. Nuestra línea de asesoramiento de enfermería funciona todo el día, todos los días. Llame al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) si tiene preguntas sobre los siguientes temas:

- Su salud, medicamentos o una afección crónica
 - Para saber si debe ir a la sala de emergencias o ver a su PCP
 - Qué hacer si tiene un hijo enfermo
 - Cómo manejar una afección en medio de la noche
 - Cómo acceder a nuestra biblioteca de información de salud en línea
 - Atención de urgencia
-



Qué hacer si recibe una factura de un proveedor o de un médico

Cuando acude a un proveedor de la red, incluidos, entre otros, médicos, hospitales, farmacias, establecimientos y profesionales de atención médica, usted es responsable de cualquier monto de costo compartido que corresponda (como copago, deducible o coseguro). Puede ver su responsabilidad como afiliado en la *Explicación de beneficios*. Para encontrarla, inicie sesión en su cuenta segura en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Como afiliado de Ambetter, los proveedores que no pertenezcan a la red no deberían facturarle servicios cubiertos por montos superiores a sus responsabilidades correspondientes de costo compartido cuando:

- Recibe un servicio de emergencia cubierto o servicio de ambulancia aérea de un proveedor fuera de la red. Esto incluye servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que el proveedor fuera de la red obtenga su consentimiento por escrito para facturárselos.
- Recibe servicios auxiliares que no son de emergencia (medicamento de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, además de servicios de diagnóstico [incluidos radiología y análisis de laboratorio]) de un proveedor fuera de la red en un hospital o establecimiento quirúrgico ambulatorio de la red.
- Recibe otros servicios que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red en un hospital o establecimiento quirúrgico ambulatorio de la red, a menos que el proveedor que no es de la red obtenga su consentimiento por escrito para facturárselos.

Si recibe una factura por servicios en las situaciones mencionadas, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

En su *Póliza de gastos médicos mayores* tiene más información sobre facturación de saldos y gastos de servicios elegibles.

Cómo obtener atención médica cuando está lejos de casa

Cuando está fuera del área de servicio, no cubrimos su atención de rutina o mantenimiento. Sin embargo, puede utilizar los servicios de telesalud de Ambetter para tener acceso conveniente y disponible a proveedores de la red, las 24 horas, si presenta problemas médicos que no constituyan una emergencia. Puede enviar mensajes instantáneos a un médico, hablar por video y subir imágenes, incluso fuera de su área de servicio. Debe crear una cuenta de telesalud para comenzar. Para obtener más información sobre estos servicios y cómo registrarse, visite <https://ambetter.superiorhealthplan.com/benefits-services/telehealth-services.html>. Ambetter también cubrirá la atención de emergencia fuera de su área de servicio. Si usted está temporalmente fuera del área y tiene una emergencia médica o de salud conductual, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamarnos y de informar sobre su emergencia en un plazo de un día hábil. No necesita aprobación previa para recibir atención de emergencia. Usted puede tener responsabilidad financiera adicional si recibe servicios de emergencia fuera de la red. Consulte su *Póliza de gastos médicos mayores* o llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) para obtener más información. Utilice nuestra herramienta Guía Ambetter en guide.ambetterhealth.com para buscar proveedores de la red en otras áreas.

Fuera del área es cualquier lugar donde no se ofrezca el plan Ambetter de Superior Health. Consulte el listado Área de servicio en el Glosario.

Proceso de reclamos y apelaciones del afiliado



Tenemos pasos para manejar cualquier problema que pudiera tener. Para satisfacer sus necesidades, ofrecemos procesos para presentar apelaciones o reclamos. Usted tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación y a solicitar una revisión externa.

Si no está conforme con su atención

Esperamos que siempre esté satisfecho con nosotros y nuestros proveedores. Pero, si ese no es el caso o si no encuentra respuestas a sus preguntas, debe seguir estos pasos:

- Proceso de reclamos
- Proceso interno de apelaciones para servicios denegados
- Proceso externo de apelaciones para servicios denegados

Cómo presentar un reclamo

Un reclamo es cualquier insatisfacción que expresa un afiliado, de forma oral o escrita, a Ambetter de Superior Health Plan con respecto a cualquier aspecto de las operaciones del plan de salud. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Ejemplos de un reclamo podrían ser:

- "Llevo 4 meses tratando de conseguir una cita con el médico".
- "No puedo encontrar un proveedor en mi área, ya que todos los médicos locales dicen que no participan en mi plan y los que sí lo hacen están demasiado lejos".
- "He llamado a Servicios para Afiliados varias veces y mi problema aún no se ha resuelto".
- "No puedo inscribirme en su sitio web".
- "No puedo encontrar lo que necesito en su sitio web".
- "El médico o el personal fueron groseros conmigo".
- "En mi medicamento genérico recetado no se aplicó el copago para genéricos".
- "Me hicieron un procedimiento preventivo y me piden que haga un pago de mi bolsillo, cuando debería haber estado cubierto al 100%".
- "Necesito atención médica domiciliaria y el coordinador de mi caso no me ha devuelto la llamada".
- "No di mi consentimiento para recibir productos de sangre durante la cirugía, pero descubrí que de todos modos me administraron algunos".
- "Mi médico me recetó un medicamento al que soy alérgico y tuve una reacción terrible".
- "Me dijeron que estaba activo en el plan y que el plan seguía deduciendo las primas en forma automática, pero ahora dicen que no tuve cobertura durante 10 meses y tengo más de \$100,000 en facturas del hospital".

Usted puede presentar un reclamo si está insatisfecho con Ambetter o con un proveedor de Ambetter. Puede enviar su reclamo por escrito, por correo postal o fax, a la dirección y al número de fax que se indican a continuación.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Póliza de gastos médicos mayores*.



Cómo presentar un reclamo (continuación)

Para obtener ayuda, también puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989). Si nos llama para hacer su reclamo, recibirá una carta de reconocimiento del reclamo en un plazo de cinco días, junto con un formulario de reclamo por escrito. Puede completar el formulario o enviar su reclamo por escrito. Si tiene preguntas o si necesita ayuda, podemos ayudarlo con el formulario por escrito.

Envíe su reclamo por escrito o el formulario de reclamo completo a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan

Complaints Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Fax: 1-866-683-5369

También puede descargar el formulario de reclamos en la página "Member Resources" (Recursos para afiliados), opción "Materials and Forms" (Materiales y formularios), en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. Envíe su reclamo escrito por correo o fax a Ambetter:

Ambetter from Superior HealthPlan

Complaints Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Fax: 1-866-683-5369

Acusaremos recibo de su reclamo escrito dentro de los 5 días hábiles posteriores a su recepción, y le enviaremos una respuesta dentro de un plazo de 30 días calendario.

Si usted no está satisfecho con nuestra resolución de su reclamo, también puede elevar un reclamo al Departamento de Seguros de Texas (TDI), que se encargará de analizar sus inquietudes.

Hay varias maneras de presentar un reclamo ante el TDI:

- Visite www.tdi.texas.gov y complete un formulario de reclamo.
- Envíe un correo electrónico a ConsumerProtection@tdi.texas.gov.
- Envíe su reclamo y todo documento de apoyo por correo postal a:
Texas Department of Insurance Consumer Protection (MC 111-1A) P.O. Box 149091 Austin, TX 78714-9091

Revise su *Póliza de gastos médicos mayores* para obtener información sobre procedimientos y procesos completos de reclamo, incluidos detalles y plazos de presentación específicos. Puede acceder a su *Póliza de gastos médicos mayores* en su cuenta de afiliado en línea.



Apelación de la resolución a un reclamo

Si no está satisfecho con la resolución a su reclamo, puede solicitar una apelación. Debe hacerlo dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se le envió la carta de resolución. En respuesta a su apelación del reclamo, tendremos un panel de apelación de reclamos en una ubicación en su área. Un panel de apelación de reclamos incluye a nuestro personal, proveedores y afiliados. Recibirá un paquete de audiencia cinco días antes de la audiencia del panel de apelaciones. Puede asistir a la audiencia usted solo, tener a alguien que lo represente en la audiencia o contar con un representante que asista a la audiencia con usted. El panel hará una recomendación para la determinación final sobre su reclamo. Usted recibirá nuestra determinación final dentro de los 30 días siguientes a su solicitud de apelación del reclamo.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Póliza de gastos médicos mayores*.

Cómo presentar una apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar o revertir una decisión determinada por una revisión de uso. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación:

1. Acceso a beneficios de atención médica, incluida una determinación adversa realizada de acuerdo con la gestión de uso
2. Admisión o permanencia en un centro de atención médica

Usted deberá presentar la apelación dentro de los 180 días calendario desde la fecha indicada en su aviso de determinación adversa. Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de la apelación.

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo postal o por fax a la siguiente información de contacto:

Ambetter from Superior HealthPlan

Attn: Medical Appeals
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Fax: 1-866-683-5369

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

La rapidez con la que respondamos a su apelación dependerá del tipo de apelación que usted presente:

Apelación acelerada: se aplica si su apelación se refiere a una emergencia o una situación en la cual usted puede verse obligado a abandonar el hospital en forma prematura, o si cree que un proceso de resolución estándar pondría su vida o su salud en un riesgo grave.

Apelación estándar: es la que no cumple con la definición de acelerada.



Continuación de cobertura durante una apelación

Si vamos a reducir o dejar de brindar un servicio que habíamos aprobado previamente y no se ha alcanzado el límite de tiempo aprobado, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el servicio hasta:

- el final del período de tratamiento aprobado;

O

- hasta que se determine la apelación.

Si no se aprueba su apelación, usted puede ser financieramente responsable de la continuación de los servicios.

Puede solicitar la continuación de los servicios llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

NOTA: usted no puede solicitar una extensión de servicios después de que haya finalizado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Revise su Evidencia de Cobertura para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluidos detalles específicos y plazos de presentación. Puede consultar la Evidencia de Cobertura en su cuenta de afiliado en línea.

Proceso de revisión externa

Una revisión externa es un proceso que permite que un tercero analice sus inquietudes. Si rechazamos una apelación para un servicio que usted ha solicitado, puede presentar un reclamo de revisión externa. Examinadores externos revisarán su caso. Usted debe completar el proceso de apelación con Ambetter antes de poder realizar una solicitud de revisión externa. Puede obtener y presentar su solicitud de revisión externa visitando <http://externalappeal.cms.gov/> o puede llamar sin cargo al 1-888-866-6205 para solicitar un formulario de solicitud de revisión externa.

Envíenos su solicitud de revisión externa directamente a MAXIMUS, a la siguiente dirección:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
Número de fax: 1-888-866-6190

Revise su *Póliza de gastos médicos mayores* para obtener información sobre los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluidos detalles y plazos de presentación específicos. Puede acceder a su *Póliza de gastos médicos mayores* en su cuenta de afiliado en línea.

Revise su *Póliza de gastos médicos mayores* para obtener información sobre los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluidos detalles y plazos de presentación específicos. Puede acceder a su *Póliza de gastos médicos mayores* en su cuenta de afiliado en línea.



Para solicitar asistencia lingüística o material en otro idioma o formato, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/ TTY 1-800-735-2989).

La comunicación importa

Todos nuestros afiliados son importantes para nosotros. No importa quién sea usted, queremos asegurarnos de que nos comunicamos de la mejor manera posible. Todos nuestros afiliados, posibles afiliados, pacientes, clientes y familiares de los afiliados pueden usar estos servicios.

Si necesita ayuda para comunicarse o si necesita materiales relacionados con reclamos y apelaciones, puede recibirlos sin costo. Mantenemos los registros de cada reclamo y apelación durante 10 años.



¿Qué es la gestión de uso?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de gestión de uso (UM) está diseñado para garantizar que reciba el tratamiento que necesita.

El departamento de UM revisa que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si lo es, los profesionales clínicos de UM harán una revisión para saber si el servicio solicitado cumple con los criterios de necesidad médica. Para ello, analizan la documentación clínica y hablan con su médico o proveedor. Ambetter no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de uso, incluidos aquellos de entidades delegadas. Las decisiones que toma el departamento de UM se basan solo en que la atención y los servicios sean apropiados, y en la existencia de cobertura. Ambetter de Superior HealthPlan no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura.

¿Qué es una revisión de uso?

La revisión de uso se asegura de que la atención que recibe sea la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La revisión de uso incluye lo siguiente:

Revisión de autorización previa o anterior al servicio.

Algunos servicios de atención médica requieren aprobación antes de recibirlos. Ese proceso se conoce como autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio.

Los servicios que requieren autorización previa se pueden encontrar en nuestro sitio web, o puede consultar con su PCP. Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, se revisa para determinar la necesidad médica y la idoneidad de la atención.

Revisión concurrente

Es una forma de revisión de uso de la atención médica en curso o para una extensión del tratamiento más allá de la atención médica previamente aprobada. Incluye la planificación del alta para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de dejar el hospital. Incluye la planificación del alta para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de dejar el hospital.

Revisión retrospectiva

Es una forma de revisión de uso de los servicios de atención médica que se han proporcionado a un afiliado. La revisión de uso retrospectiva no incluye la revisión de los servicios para los cuales se realizaron previamente o deberían haberse realizado revisiones de uso prospectivas o concurrentes. También podemos evaluar los servicios. También podemos evaluar servicios que usted recibió en circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos pedido de autorización o aviso previo debido a una emergencia).



¿Qué es una revisión de uso? (continuación)

Notificación de servicios aprobados

Puede encontrar la información sobre todas las reclamaciones (incluidas autorizaciones previas) al iniciar sesión en el portal seguro de afiliados y seleccionar el enlace de actividad y uso.

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa se produce cuando se considera que un servicio no es médicamente necesario o apropiado, o porque es experimental y está en investigación. Recibirá un aviso por escrito en el que se le informará si hemos tomado una determinación adversa. En el aviso, recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión y el proceso y los plazos que debería cumplir para presentar apelaciones.

Recursos y recompensas para afiliados



Visítenos en línea en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Nuestro sitio web lo ayuda a obtener las respuestas que necesita para recibir la atención correcta, de la manera correcta; incluye una cuenta de afiliado en línea para que usted revise el estado de su reclamo, vea su *Póliza de gastos médicos mayores* o entienda sus gastos de bolsillo, copagos y lo que le falta para alcanzar su deducible anual.

Complete en línea su Encuesta de bienestar de Ambetter dentro de los primeros 90 días desde su afiliación. Completar esta encuesta lo ayuda a ganar 500 puntos en recompensas *myhealthpays*®.

Conéctese en línea y tome el control

¿Sabía que siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan? Todo está en nuestro sitio web. Visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede hacer lo siguiente:

- Encontrar un PCP.
- Localizar a otros proveedores, como una farmacia.
- Encontrar información de salud.
- Informarse sobre programas y servicios que pueden ayudarlo a recuperar y mantener su salud, incluidos Programas de control de la salud, Programas de manejo de la salud y Servicios de salud conductual.
 - Informarse sobre sus beneficios y servicios
 - Acceder a su *Póliza de gastos médicos mayores*

Llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196 (Relay de Texas/TTY 1-800-735-2989) si desea obtener una copia de su *Póliza de gastos médicos mayores*, si necesita ayuda para comprender la información anterior, o si necesita una copia impresa de cualquier documento del sitio web o de su cuenta de afiliado en línea.

Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea para:

- Pagar su factura mensual.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal o solicitar un reemplazo de su tarjeta.
- Ver el estado de sus reclamaciones e información de pago.
- Cambiar de PCP.
- Buscar información de beneficios de farmacia.
- Enviarnos un correo electrónico seguro.
- Leer sus materiales del afiliados (*Póliza de gastos médicos mayores*, *Resumen de beneficios*, esta QRG).
- Participar en el programa de recompensas *myhealthpays*®.
- Completar su Encuesta de bienestar.
- Comunicarse con un enfermero en línea.
- Revisar gastos de bolsillo, copagos y el avance con respecto a deducibles.



Programa de recompensas *my*healthpays®

¡No se pierda el emocionante programa *my*healthpays® y comience a ganar puntos hoy!

Inicie sesión ahora y active su cuenta para comenzar a ganar más recompensas.

1. Inicie sesión en su [cuenta de afiliado de Ambetter](#) o cree una ahora mismo.
2. Haga clic en Rewards (Recompensas) en la página de inicio.
3. Acepte los términos y condiciones. ¡Y comience a ganar puntos!

Si ya activó su cuenta, vuelva a iniciar sesión para completar actividades saludables y seguir ganando.

Los fondos vencen apenas termina la cobertura del seguro.

Nuevas tecnologías

La tecnología de salud cambia todo el tiempo, y queremos crecer con ella. Si creemos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros afiliados, lo evaluamos para cubrirlo. Estos avances incluyen los siguientes:

- Nuevas tecnologías
- Procedimientos médicos nuevos
- Medicamentos nuevos
- Dispositivos nuevos
- Aplicaciones nuevas de una tecnología existente

Algunas veces, nuestro director médico o personal de administración médica identificarán avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros afiliados. El Comité de Política Clínica (CPC) revisa las solicitudes de cobertura y decide si deberíamos cambiar cualquiera de nuestros beneficios para incluir la nueva tecnología. Si el CPC no revisa una solicitud de cobertura de tecnología nueva, nuestro director médico revisará la solicitud y tomará una única determinación. Luego, el CPC puede revisar la solicitud de tecnología nueva en una futura reunión.

Nuevas opciones para manejar sus registros médicos digitales

A partir del 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada de Interoperabilidad y Acceso del Paciente (CMS-915-F) hizo más fácil a los afiliados de Ambetter acceder a su información de salud cuando más la necesitan. Ahora usted tendrá acceso completo a su información de salud en su dispositivo móvil, lo que le permitirá manejar mejor su salud y saber qué recursos de atención médica tiene disponibles.

Imagine lo siguiente:

- Acude a un nuevo proveedor de salud porque no se siente bien y le presenta su historial médico de los cinco últimos años desde su teléfono celular.
- Revisa una Guía de proveedores actualizada para buscar un proveedor o especialista que pueda usar su historial de salud para darle un diagnóstico y asegurarse de que reciba la mejor atención posible.
- Tiene una pregunta sobre una reclamación, entonces va a su computadora y mira si está pagada, la denegaron o aún la procesan.
- Puede tener con usted los datos de su historial médico a pedido mientras cambia de planes de salud.*

**A partir del 1 de enero de 2022, los afiliados tendrán esta capacidad de solicitar que se les transfiera su información de salud mientras cambian de un plan de salud a otro.*

LA NUEVA NORMA HACE QUE USTED PUEDA BUSCAR INFORMACIÓN** CON FACILIDAD SOBRE:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas)
- Partes específicas de su información clínica
- Cobertura de medicamentos en farmacia
- Proveedores de atención médica

***La información que está disponible es para fechas de servicio del 1 de enero de 2016 o posteriores*

Para obtener más información, visite su cuenta de afiliado en línea de Ambetter.

Palabras que debe conocer



Glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud a veces puede parecer confuso. Para ayudarlo, creamos una lista de expresiones que es posible que necesite saber al leer esta QRG. Consúltela.

Apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar o revertir una decisión determinada por una revisión de uso. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Área de servicio

El Área de servicio es un área geográfica, compuesta por condados, donde hemos sido autorizados por el estado de Texas para vender y comercializar nuestros planes de salud. Estos condados son: 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, 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, 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, Waller, Webb, Wharton, Wheeler, Willacy, Williamson, Wise, Wood, Zapata. Puede recibir los límites precisos del área de servicio en nuestro sitio web Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1196.

Atención de emergencia o Emergencias

Es atención que usted recibe en una sala de emergencias.

Acuda a la sala de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

Atención de urgencia

Es atención médica que necesita con rapidez. Puede recibirla en un centro de atención de urgencia.

Autorización previa

Puede que se requiera autorización previa para servicios cubiertos. Cuando se requiere autorización previa para un servicio, es necesario que se lo apruebe antes de que visite a su proveedor. Él deberá presentar una solicitud de autorización previa.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Póliza de gastos médicos mayores*.

Glosario de atención médica (continuación)

Aviso de determinación adversa

Es el aviso que recibe si le negamos cobertura para un servicio que ha solicitado.

Consulta

Solicitud de aclaración de un beneficio, producto o elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Copago

Monto de dinero establecido que paga cada vez que recibe un servicio médico o recoge un medicamento recetado.

Dentro de la red (proveedores o servicios)

La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para brindarle atención. Si su proveedor o servicio está dentro de nuestra red, está cubierto en su plan de salud. Si un proveedor o servicio está fuera de la red, usted podría ser responsable de los servicios que reciba. Cuando sea posible, quédese dentro de la red.

Gestión de uso

Es el proceso que utilizamos para asegurarnos de que reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud y luego decidimos el mejor curso de acción.

Pago de prima

Su prima es el monto de dinero que pagará todos los meses por la cobertura de seguro de salud. En su factura mensual se muestra el pago de su prima.

Póliza de gastos médicos mayores

El documento que enumera todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Póliza de gastos médicos mayores* tiene información acerca de los beneficios específicos cubiertos y excluidos según su plan de salud. Lea su *Póliza de gastos médicos mayores*: puede ayudarlo a entender exactamente lo que su plan cubre y no cubre.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el médico principal que usted verá para sus necesidades de atención médica. Conozca bien a su PCP y manténgase siempre al día con sus consultas de bienestar. Cuanto más conozca su PCP sobre su salud, mejor podrá atenderlo.

Proveedor fuera de la red

Médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la red, que se indica en su identificación de afiliado. Los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto que estos se indiquen específicamente en su *Póliza de gastos médicos mayores*. Consulte su *Póliza de gastos médicos mayores* para conocer los detalles relacionados con los proveedores, la atención, los servicios y los gastos fuera de la red.



Glosario de atención médica (continuación)

Reclamo

Un reclamo es cualquier insatisfacción expresada de forma oral o escrita en relación con cualquier aspecto de las operaciones del plan de salud. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Resumen de beneficios

Su *Resumen de beneficios* es un documento que enumera los beneficios cubiertos para usted. Su *Resumen de beneficios* tiene información sobre los montos de copago, los costos compartido y los deducibles para beneficios cubiertos.

Servicios de atención preventiva

Son servicios habituales de atención médica destinados a mantenerlo sano y detectar problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus chequeos, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección de cáncer, etc. Puede encontrar una lista de servicios de atención preventiva en su *Póliza de gastos médicos mayores* y en nuestro sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Subsidio

Es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios provienen del gobierno. Si reúne o no los requisitos para obtenerlo depende del tamaño de su familia, de sus ingresos y de dónde viva.

Ambetter de Superior Healthplan está avalada por Superior HealthPlan, Inc.
© 2022 Superior HealthPlan, Inc.
Todos los derechos reservados.
AMB21-TX-C-00632_CORE

Declaración de no discriminación

Ambetter de Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Superior HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Superior HealthPlan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Si considera que Ambetter de Superior HealthPlan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Superior HealthPlan Complaints Department

5900 E Ben White Blvd., Austin, TX 78741

1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989)

Fax 1-866-683-5369

Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Superior HealthPlan está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Superior HealthPlan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 로 전화하십시오.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Urdu:	اگر Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلا معاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کال کریں۔
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Superior HealthPlan के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर कॉल करें।
Persian:	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سوالی در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید.
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) an.
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) ઉપર કોલ કરો.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Japanese:	Ambetter from Superior HealthPlan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) までお電話ください。
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບພາສາພາສາ, ໃຫ້ໃບທາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).