



ambetter.



FROM | superior  
healthplan™

# Ambetter

**YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.**

*Ambetter from Superior HealthPlan provides quality healthcare solutions that help residents of Texas live better. With Marketplace coverage options from Ambetter, it's easier to stay healthy.*

At Ambetter from Superior HealthPlan, we believe that nothing is more important than your health. We also believe that you deserve to get the most out of your Marketplace health insurance plan.

That's why we make sure our Ambetter plans fit your health needs and your budget. But our focus doesn't stop there. In fact, our commitment to your well-being extends far beyond

the doctor's office and into your everyday life. Ambetter from Superior HealthPlan is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

Our Ambetter plans also offer a wide variety of valuable programs, educational tools and support. With Ambetter from Superior HealthPlan it's easy to stay in charge of your health. And to lead a healthy, fulfilling life.



#### Comprehensive Medical Care

Complete medical care that covers all of your Essential Health Benefits.



#### My Health Pays™ Program

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



#### Integrated Care Management

Get well and stay well with preventive care and whole health services.



#### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



#### 24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



#### Gym Reimbursement Program

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy.



#### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



**To learn more, visit [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://www.Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).**

Ambetter from Superior HealthPlan is a Qualified Health Plan issuer in the Texas Health Insurance Marketplace and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations.



# Extra benefits help you live better

Take charge with special programs and rewards.



## My Health Pays™ - Earn up to \$125.

Ambetter from Superior HealthPlan rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$125 on your My Health Pays card for:

- Completing your online Welcome Survey (\$50)
- Getting your Annual Wellness Exam (\$50)
- Getting your Annual Flu Vaccine (\$25)

Use your card to pay for out-of-pocket costs such as doctor copays, deductibles or monthly premium payments.



## Gym Membership Benefits

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn \$20 on your My Health Pays card every month you visit the gym of your choice at least eight times.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country. Just visit [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) to find an eligible gym in your area.

**Enroll today! Call 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989) or visit [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com). Text TEXAS to 36453\***

\* Standard message and data rates may apply. Reply STOP to opt-out. No purchase necessary. We'll text you a few times per month. Terms and Privacy: [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com)



# Ambetter Balanced Care 10 (2016)

+ **Vision** (Silver Level)

Medical Annual Deductible	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Family:</b> \$2,000
Medical Coinsurance	20% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	<b>Individual:</b> Integrated with medical deductible; <b>Family:</b> Integrated with medical deductible
Prescription Drug Coinsurance	Integrated with medical coinsurance
Maximum Annual Out-of-pocket	<b>Individual:</b> \$1,750; <b>Family:</b> \$3,500

**Covered benefits are for In-network providers only.** To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from Superior HealthPlan online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	20% Coinsurance after deductible	20% Coinsurance after deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	20% Coinsurance after deductible	20% Coinsurance after deductible	Yes
Urgent Care	\$50 Copay	Not covered	No

## Provider Services

Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	Not covered	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	\$1 Copay	Not covered	No
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	\$5 Copay	Not covered	No
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Inpatient & Outpatient Services

Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Other Medical Services

Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	\$1 Copay	Not covered	No
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Skilled Nursing Facility	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Pediatric Vision

Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered	No
Lenses (per pair)	100% Covered	Not covered	No

## Prescription Drugs

Generics*	\$1 Copay	Not covered	No
Preferred Brand Drugs	\$25 Copay	Not covered	No
Non-preferred Brand Drugs	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Specialty Drugs	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a 87% AV Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).

**Ambetter.SuperiorHealthPlan.com • 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989)**

This is a solicitation for insurance. © 2015 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

AMB15-TX-C-00084



# Ambetter Balanced Care 10 (2016)

+ Vision (Silver Level)

<b>Pediatric Vision</b> (Up to 19 years of age)	<b>Your Cost</b> (In-Network Providers only)	<b>Out-of-network</b>	<b>Subject to Deductible</b>
<b>Exams and Eyewear:</b>			
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered	No
<b>Lenses (per pair):</b>			
Single	100% Covered	Not covered	No
Bifocal	100% Covered	Not covered	No
Trifocal	100% Covered	Not covered	No
Lenticular	100% Covered	Not covered	No
<b>Contact Lenses:</b>			
Contact lenses (in lieu of glasses)	100% Covered	Not covered	No
Contact lens fitting	100% Covered	Not covered	No
Specialty lens fitting	100% Covered	Not covered	No

<b>Adult Vision</b> (Ages 19 years of age and older*)	<b>Your Cost</b> (In-Network Providers only)	<b>Out-of-network</b>	<b>Subject to Deductible</b>
<b>Exams and Eyewear:</b>			
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not Covered	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	Covered up to \$130	Not Covered	No
<b>Lenses (per pair):</b>			
Single	100% Covered	Not Covered	No
Bifocal	100% Covered	Not Covered	No
Trifocal	100% Covered	Not Covered	No
Lenticular	100% Covered	Not Covered	No
<b>Contact Lenses:</b>			
Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130	Not Covered	No
Contact lens fitting	100% Covered	Not Covered	No
Specialty lens fitting	Covered up to \$50	Not Covered	No

\*Adult routine vision does not apply to plan maximum.



**ambetter.**



DE **superior healthplan**

# Ambetter

## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*Ambetter de Superior HealthPlan brinda soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Texas a vivir mejor. Con opciones de cobertura de Ambetter en el Mercado de seguros, es más fácil permanecer sano.*

En Ambetter de Superior HealthPlan, creemos que nada es más importante que su salud. También creemos que usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud del Mercado.

más allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria. Ambetter de Superior HealthPlan es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarlo a vivir bien.

Es por eso que nos aseguramos de que nuestros planes de Ambetter se ajusten a sus necesidades de salud y a su presupuesto. Pero nuestro enfoque no para ahí. De hecho, nuestro compromiso con su bienestar se extiende mucho

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter de Superior HealthPlan, es fácil permanecer a cargo de su salud. Y llevar una vida sana y plena.



**Atención médica completa** - Atención médica completa que cubre todos sus Beneficios de salud esenciales.



**Línea de enfermería 24/7** - Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



**Programa My Health Pays™** - Gane recompensas en dólares por tan solo permanecer proactivo acerca de su salud.



**Programa de reembolso para gimnasio** - El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano.



**Administración integrada de la atención** - Recupere su salud y permanezca sano con atención preventiva y servicios de salud completos.



**Cobertura para la vista** - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. La cobertura para la vista opcional para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



**Cobertura de medicamentos recetados** - Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



**Para obtener más información, visite [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).**

Ambetter de Superior HealthPlan es una compañía Autorizada de Planes de Salud en el Mercado de seguro médico de Texas y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluso inscripción y determinaciones de beneficios.



# Los beneficios adicionales le ayudan a vivir mejor.

Hágase cargo con programas especiales y recompensas.



## My Health Pays™ - Gane hasta \$125.

Ambetter de Superior HealthPlan recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$125 en su tarjeta de My Health Pays por:

- Completar su Cuestionario de bienvenida en línea (\$50)
- Hacerse su Examen anual de bienestar (\$50)
- Recibir su vacuna antigripal anual (\$25)

Use su tarjeta para pagar por costos de su propio bolsillo como por ejemplo copagos al médico, deducibles o pagos de la prima mensual.



## Beneficios para membresía de gimnasio

El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 en su tarjeta de My Health Pays por cada mes que visite el gimnasio que usted elija, al menos ocho veces.
- Obtener descuentos en cuotas de membresía de gimnasio en lugares aprobados. Simplemente visite [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) para encontrar un gimnasio elegible en su área.

**¡Inscríbese Hoy! Llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989) o visite [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com). Envíe un mensaje con la palabra TEXAS al 36453\***

\* Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Responda STOP para no participar. No es necesario hacer una compra. Le enviaremos mensajes unas cuantas veces por mes. Términos y privacidad: [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com)





# Ambetter Balanced Care 10 (2016)

+ **Vista** (nivel de plata)

Deducible médico anual	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Familiar:</b> \$2,000
Coseguro médico	Coseguro del 20%
Deducible anual para medicamentos recetados	<b>Individual:</b> Integrado con el deducible médico; <b>Familiar:</b> Integrado con el deducible médico
Coseguro para medicamentos recetados	Integrado con el coseguro médico
Máximo anual de su propio bolsillo	<b>Individual:</b> \$1,750; <b>Familiar:</b> \$3,500

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter from Superior HealthPlan están dentro de la red.

Servicios de emergencia	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
	(solo Proveedores dentro de la red)		
Servicios en la sala de emergencia	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible	Sí
Atención médica de urgencia	Copago de \$50	No están cubiertos	No

## Servicios de proveedores

Servicios de proveedores	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	No están cubiertos	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad	Copago de \$1	No están cubiertos	No
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de \$5	No están cubiertos	No
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Servicios para pacientes internados y ambulatorios	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Otros servicios médicos

Otros servicios médicos	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de \$1	No están cubiertos	No
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Vista pediátrica

Vista pediátrica	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Lentes (por par)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No

## Medicamentos recetados

Medicamentos recetados	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Genéricos*	Copago de \$1	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$25	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

\*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido 87% AV. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).

**Ambetter.SuperiorHealthPlan.com • 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989)**

Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2015 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

AMB15-TX-C-00084



# Ambetter Balanced Care 10 (2016)

+ **Vista** (nivel de plata)

<b>Vista pediátrica</b> (hasta los 19 años de edad)	<b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red)	<b>Fuera de la red</b>	<b>Sujeto a deducible</b>
<b>Exámenes y anteojos:</b>			
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
<b>Lentes (por par):</b>			
Simple	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Bifocal	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Trifocal	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Lenticular	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
<b>Lentes de contacto:</b>			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto 100%	No están cubiertos	No

<b>Vista para adultos</b> (19 años de edad y mayores*)	<b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red)	<b>Fuera de la red</b>	<b>Sujeto a deducible</b>
<b>Exámenes y anteojos:</b>			
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto hasta \$130	No están cubiertos	No
<b>Lentes (por par):</b>			
Simple	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Bifocal	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Trifocal	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Lenticular	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
<b>Lentes de contacto:</b>			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130	No están cubiertos	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta \$50	No están cubiertos	No

\*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.