



FROM



superior
healthplan™

Evidencia de Cobertura de 2023

Ambetter Value



Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Aviso: La prima podría aumentarse en la fecha de renovación. Le informaremos por escrito del aumento de un cargo por la cobertura al menos 60 días antes de la fecha en que el aumento entre en efecto.

AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN

Evidencia de Cobertura

ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA (*CONTRATO*) ES EMITIDA PARA USTED, QUIEN ESTÁ AFILIADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD **AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN**. AL COMPLETAR EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN, PAGAR LA PRIMA APLICABLE Y ACEPTAR ESTE *CONTRATO*, USTED ACEPTA ADHERIRSE A ESTAS PROVISIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON SUS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS.

Superior HealthPlan, Inc.
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, Texas 78704
1-877-687-1196

AVISOS IMPORTANTES:

ESTE PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD CON BENEFICIOS ELEGIDOS POR EL CONSUMIDOR, YA SEA EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, NO PROPORCIONA LOS BENEFICIOS DE SALUD EXIGIDOS POR EL ESTADO QUE NORMALMENTE SE REQUIEREN EN LAS EVIDENCIAS DE COBERTURA EN TEXAS. ESTE PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD ESTÁNDAR PUEDE PROPORCIONARLE UN PLAN DE SALUD MÁS ECONÓMICO, AUNQUE, AL MISMO TIEMPO, PUEDE PROPORCIONARLE MENOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD QUE LOS QUE NORMALMENTE SE INCLUYEN COMO BENEFICIOS DE SALUD EXIGIDOS POR EL ESTADO EN TEXAS. CONSULTE CON SU AGENTE DE SEGUROS PARA SABER QUÉ BENEFICIOS DE SALUD EXIGIDOS POR EL ESTADO ESTÁN EXCLUIDOS EN ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA.

ESTE NO ES UN CONTRATO DE SEGUROS DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. EL EMPLEADOR AL COMPRAR ESTE CONTRATO NO SE VUELVE UN SUSCRIPTOR PARA EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUSCRIPTOR, EL EMPLEADOR PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS QUE PODRÍAN DE OTRA MANERA OBTENERSE CONFORME A LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR EN LO QUE SE REFIERE A LOS NO SUSCRITOS Y CON LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

**ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA NO ES UN CONTRATO O CERTIFICADO
SUPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía de
seguros de salud para personas con Medicare disponible de la compañía.**

Have a complaint or need help?

If *you* have a problem with a claim or *your* premium, call *your* insurance company or HMO first. If *you* can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if *you* file a complaint with the Texas Department of Insurance, *you* should also file a *complaint* or *appeal* through your insurance company or HMO. If *you* don't, *you* may lose *your* right to *appeal*.

Ambetter from Superior HealthPlan

To get information or file a *complaint* with *your* insurance company or HMO:

Call: Member Services at 1-877-687-1196

Toll-free: 1-877-687-1196

Online: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Email: SHPMSCONTACTUS@CENTENE.COM

Mail: 5900 E. Ben White Blvd.
Austin, Texas 78741

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a *complaint* with the state:

Call with a question: 1-800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: MC CO-CP, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

Ambetter from Superior HealthPlan

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196

Teléfono gratuito: 1-877-687-1196

Correo electrónico: SHPMSCONTACTUS@CENTENE.COM

En línea: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Dirección postal: 5900 E. Ben White Blvd.
Austin, Texas 78741

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC CO-CP, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Superior HealthPlan, Inc.
Evidencia de Cobertura

En esta Evidencia de Cobertura (*contrato*), los términos “usted” o “su” se referirán al *afiliado* o a todo *afiliado dependiente* inscrito en este *contrato*. Los términos “nosotros” “nuestro,” o “nos” se referirán a Superior o a Ambetter from Superior Health Plan.

ACUERDO Y CONSIDERACIÓN

Este documento, junto con el Programa o Plan de Beneficios correspondiente, es su Contrato y es un documento legal. Este es el acuerdo conforme al cual se proporcionarán y pagarán los beneficios. En consideración de su solicitud y el pago puntual de las primas, nosotros proporcionaremos a usted, el *afiliado*, cobertura de *Servicios* de atención médica tal como se establece en este *contrato*. Los beneficios están sujetos a las definiciones, provisiones, limitaciones y exclusiones en el *contrato*.

RENOVACIÓN GARANTIZADA

Anualmente, nosotros debemos presentar este producto, los *costos compartidos* y las tasas asociadas con él para aprobación. Renovación garantizada significa que su *contrato* 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) nosotros 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, (2) nos retiramos del *área de servicio*; o (3) 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*.

Anualmente, cambiaremos la tabla de tarifas utilizada para este tipo de *contrato*. Cada prima se basará en la tabla de tarifas en vigor en la fecha de vencimiento de esa prima. El plan del *contrato* y la edad de los *afiliados*, el tipo y el nivel de los beneficios y el lugar de *residencia* en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que se utilizan para determinar las tarifas de la prima. Nos reservamos el derecho de cambiar las primas, pero todas las tarifas cobradas estarán garantizadas para un año de calendario.

Además de lo anterior, esta garantía para continuar la cobertura no nos impedirá de 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 de 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 CMS relacionada con individuos elegibles para Medicare.

Esta *Evidencia de Cobertura* contiene requisitos de *autorización previa*. Usted deberá obtener una referencia de un *médico de atención primaria* para poder recibir atención de un *proveedor especialista*. El incumplimiento de los requisitos de *autorización previa* puede resultar en la denegación del pago. Consulte el *Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)* y la Sección de Autorización Previa.

Superior HealthPlan, Inc.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mark D. Sanders', written in a cursive style.

Mark D. Sanders
Presidente y Director General del Plan

ÍNDICE

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO.....	14
DEFINICIONES.....	15
COBERTURA DE AFILIADOS DEPENDIENTES	36
ELEGIBILIDAD CONTINUA.....	38
PRIMAS	43
CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS.....	45
ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA.....	48
Referencia de HMO	48
Continuación de la atención y Circunstancias Especiales.....	48
Servicios que no son de emergencia.....	49
Servicios de emergencia fuera del área de servicio	49
Tecnología nueva.....	49
Asociación preferida.....	49
Médico de atención primaria (PCP)	50
Especialista como Médico de Atención Primaria (PCP).....	50
Cómo comunicarse con su médico de atención primaria (PCP)	50
Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP)	51
Autorización previa	51
Proveedores basados en el hospital.....	53
SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS	54
Servicios por lesión cerebral adquirida	54
Atención médica de las alergias.....	55
Servicios de ambulancia	55
Beneficios del servicio de ambulancia aérea.....	56
Beneficios para el trastorno del espectro autista.....	56
Beneficios para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias	57
Servicios quiroprácticos	59
Servicios de diálisis.....	59
Radiología, imágenes y otros exámenes de diagnóstico.....	60
Atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental.....	60
Servicios en la sala de emergencia	61
Beneficios de gastos para habilitación, rehabilitación y en instalación de cuidados prolongados	61

Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar	62
Beneficios de cuidado de hospicio.....	62
Beneficios de hospital	63
Infertilidad.....	65
Linfedema	65
Beneficios médicos y quirúrgicos	65
Cuidado para la diabetes	67
Equipo médico duradero, suministros médicos y quirúrgicos, prótesis y aparatos ortopédicos.....	68
Aparatos ortésicos y protésicos.....	70
Atención de maternidad	72
Otros servicios dentales.....	74
Segunda opinión médica.....	74
Cobertura de ensayo clínico.....	75
Beneficios de medicamentos con receta.....	76
Servicios de cuidados preventivos o atención preventiva	84
Estudios del sueño	91
Beneficios de trasplantes	91
Atención de urgencia.....	94
Beneficios de gastos de la vista pediátricos.....	95
Beneficios de bienestar y otros programas	95
Programas de Administración de la Atención	97
SERVICIOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES GENERALES	98
TERMINACIÓN.....	102
Terminación del contrato.....	102
Discontinuación.....	102
Transferencia de cobertura.....	103
Requisitos de notificación.....	103
Restablecimiento	103
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	104
REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO	113
PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN	115
Proceso de queja	115
Apelaciones de quejas.....	115
Apelación de una determinación adversa	116

Revisión externa	117
Apelación acelerada y Revisión interna acelerada simultáneas	118
Presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas.....	118
Está prohibida la toma de represalias	118
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS	120
PROVISIONES GENERALES	124

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido a Ambetter from Superior HealthPlan! Nosotros hemos preparado este *contrato* para ayudar a explicar su cobertura. Refiérase a este *contrato* siempre que usted requiera servicios médicos. Éste describe:

- Cómo acceder a la atención médica.
- Los servicios de atención médica que cubrimos.
- La porción de sus costos de atención médica que se requerirá que usted pague.

Este *contrato*, el *Programa o Plan de beneficios*, la solicitud, y toda enmienda o anexos adjuntos constituyen el *contrato* completo bajo el cual los *servicios cubiertos* y suministros son proporcionados o pagados por nosotros.

Este *contrato* deberá leerse en su totalidad. Debido a que muchas de las provisiones de este *contrato* están interrelacionadas, usted deberá leer todo este *contrato* para tener plena comprensión de su cobertura. Muchas palabras usadas en este *contrato* tienen significados especiales cuando se utilizan en un entorno de atención médica: estas palabras se encuentran en letra *cursiva* y se definen para usted en la sección Definiciones. Este *contrato* también contiene exclusiones, de manera que asegúrese de leer detenidamente este *contrato* en su totalidad.

Cómo comunicarse con nosotros:

Ambetter from Superior HealthPlan
5900 E. Ben White Blvd,
Austin, Texas 78741

Horas laborables normales de operación - 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora Estándar del Centro, de lunes a viernes

Servicios para los Afiliados 1-877-687-1196
Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989
Fax 1-877-941-8077
Emergencia 911
Línea de consejo de enfermería que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1-877-687-1196
Sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Servicios de intérprete

Ambetter from Superior HealthPlan tiene un servicio gratuito para ayudar a nuestros *afiliados* que hablan otros idiomas que no sea el inglés. Estos servicios permiten que usted y su *proveedor* puedan hablar sobre sus problemas médicos o de la salud del comportamiento en una forma que sea más cómoda para usted.

Nuestros servicios de intérprete son proporcionados sin costo para usted. Tenemos representantes que hablan español y tenemos intérpretes médicos para ayudar con otros idiomas a parte del inglés. *Los afiliados* que son ciegos o tienen problemas de la vista y necesitan ayuda con interpretación pueden llamar a Servicios para los Afiliados para una interpretación oral. Para solicitar servicios de interpretación, por favor llame a Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 o para personas con problemas de audición

(Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Su directorio de proveedores

Una lista de *proveedores de la red* está disponible en línea en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. Nosotros tenemos *proveedores y hospitales* del plan que han aceptado proporcionar a usted sus servicios de atención médica. Usted puede encontrar a cualquiera de nuestros *proveedores de la red* en nuestro sitio web. Allí usted tendrá la capacidad de hacer más específica su búsqueda por especialidad de proveedor, código postal, sexo, los idiomas que hablan y saber si actualmente están aceptando o no nuevos pacientes. Su búsqueda producirá una lista de *proveedores* basada en sus criterios de búsqueda y le dará a usted otra información tal como el nombre, la dirección, número de teléfono, horas de oficina, especialidad y certificaciones de la junta.

En cualquier momento puede comunicarse con Servicios para los Afiliados para solicitar un Directorio de Proveedores o para solicitar ayuda para encontrar a un *proveedor*.

Su tarjeta de identificación de afiliado

Nosotros le enviamos a usted por correo una tarjeta de identificación de *afiliado* después de que hayamos recibido su material de afiliación completado, que incluye el recibo de su primer pago de prima inicial. Esta tarjeta es la prueba de que usted está afiliado en Ambetter. Usted necesita llevar consigo esta tarjeta en todo momento y presentarla a sus proveedores.

La tarjeta de identificación de *afiliado* muestra su nombre, número de identificación de *afiliado*, números telefónicos de asistencia, y las *cantidades de copago* que usted tendrá que pagar al momento del servicio. Si usted pierde su tarjeta, llame a Servicios para los Afiliados. Nosotros le enviaremos a usted otra tarjeta de identificación de *afiliado*. Puede descargarse una tarjeta de identificación temporal de *afiliado* desde nuestro portal seguro para afiliados en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Nuestro sitio web

En nuestro sitio web puede obtener respuesta a muchas de sus preguntas más frecuentes y tiene recursos y funciones que facilitan la obtención de atención de calidad. Puede acceder a nuestro sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. También proporciona información para usted sobre sus beneficios y servicios tales como:

1. Encontrar a un *proveedor de la red*, inclusive *hospitales* y farmacias.
2. Nuestros programas y servicios, incluyen programas para ayudarle a que usted obtenga servicios y se mantenga sano.
3. Un portal seguro para que usted verifique el estado de sus reclamaciones, realice pagos y obtenga una copia de su tarjeta de identificación de *afiliado*.
4. Derechos y responsabilidades de los *afiliados*.
5. Aviso de privacidad.
6. Noticias y eventos actuales.
7. Nuestro formulario o lista de medicamentos preferidos.
8. *Deducible* y acumuladores de *copago*.
9. Cómo seleccionar a un *médico de atención primaria (PCP)* (accesible también a través del uso de dispositivos móviles).

Mejora de la calidad

Nosotros estamos comprometidos a proporcionar atención médica de calidad para usted y su familia. Nuestro objetivo principal es mejorar su salud y ayudarlo con toda *enfermedad* o discapacidad. Nuestros programas están de conformidad con los estándares del Comité Nacional de Garantía de la Calidad (NCQA, siglas en inglés). Para ayudar a promover atención médica segura, fiable y de calidad, nuestros programas incluyen:

1. Conducción de una inspección minuciosa de los *proveedores* cuando se vuelven parte de nuestra *red de proveedores*.
2. Controlar el acceso de los *afiliados* a todos los tipos de servicios de atención médica.
3. Proporcionar programas y artículos educativos acerca de la atención médica general y enfermedades específicas.
4. Enviar recordatorios a los *afiliados* para que obtengan análisis anuales tales como examen físico, detección del cáncer del cuello uterino, detección del cáncer de seno y vacunas.
5. Controlar la calidad de la atención y desarrollar planes de acción para mejorar la atención médica que usted está recibiendo.
6. Un Comité de Mejora de la Calidad que incluye a *proveedores de la red* para ayudarnos a desarrollar y controlar las actividades de nuestros programas.
7. Investigar las preocupaciones de cualquier *afiliado* con respecto a la atención recibida.

Derecho a examinar este *contrato* durante diez días

A usted se le permitirá devolver este *contrato* dentro de 10 días de haberlo recibido y que se le reembolse toda prima que usted pagó, si después de examinar el *contrato*, usted no está satisfecho con él por alguna razón. Si usted nos devuelve el *contrato*, se considerará que el *contrato* es inválido desde el comienzo y que las partes estén en la misma posición como si no se hubiera emitido ningún *contrato*. Si algún servicio fue proporcionado o reclamaciones fueron pagadas por nosotros durante los 10 días, usted es responsable de reembolsar a nosotros esos servicios o reclamaciones.

Protección contra la facturación del saldo

Conforme a la ley federal, a partir del 1 de enero de 2022, se prohíbe a los *proveedores o centros que no pertenezcan a la red* facturar el saldo a los *afiliados* al plan de salud por:

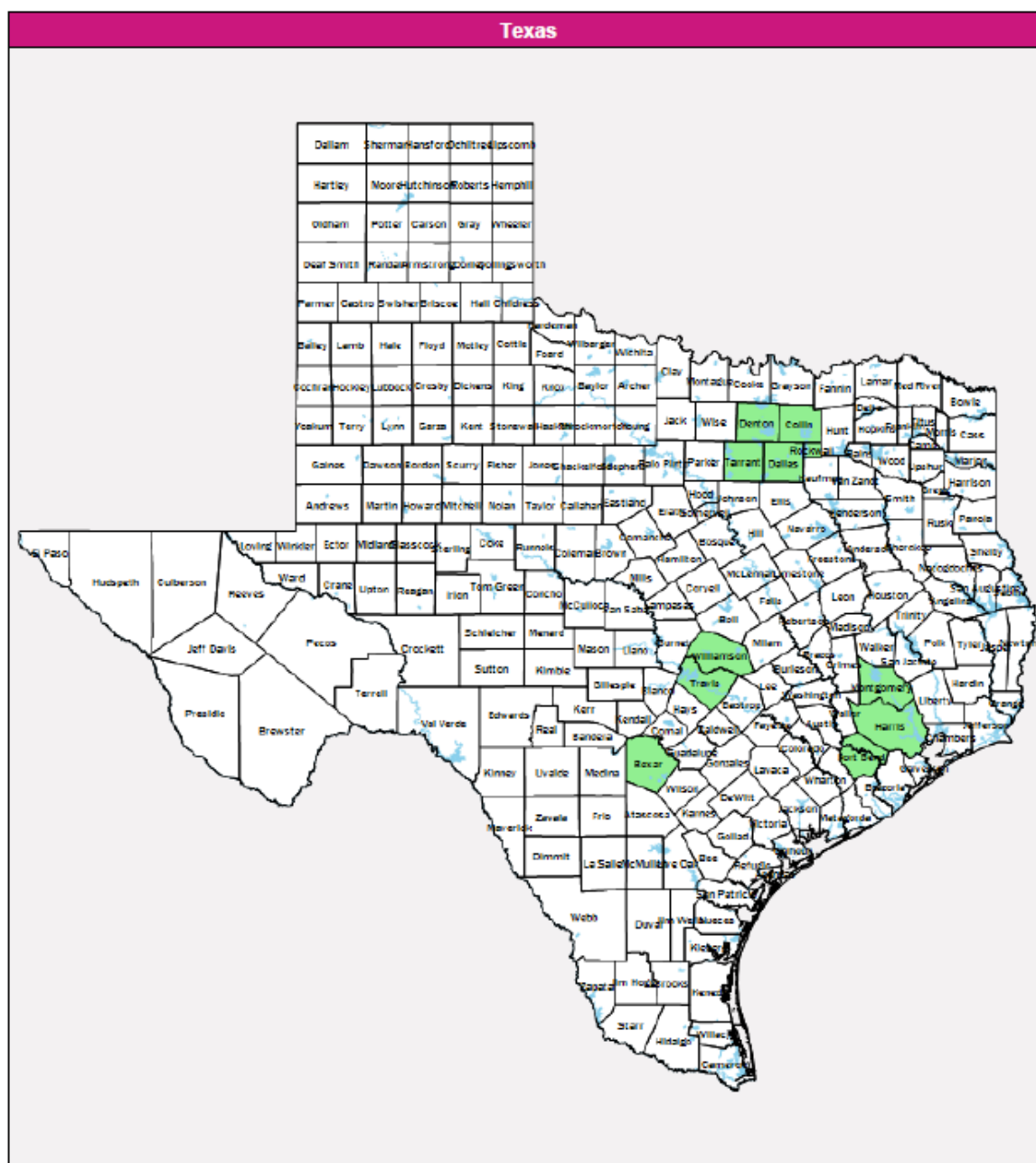
1. Servicios de emergencia prestados a un *afiliado*, independientemente de su participación en el plan; o;
2. Servicios de atención médica que no sean de emergencia prestados a un *afiliado* en un *hospital de la red* o en una *instalación* de atención médica de *la red*, si el *afiliado* no dio su consentimiento informado o su *autorización previa* para ser atendido por el *proveedor que no pertenece a la red*, de conformidad con la Ley Federal Sin Sorpresas.

Consulte las secciones Servicios y suministros de atención médica cubiertos de este *contrato* para obtener información más detallada.

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO

Superior HealthPlan, Inc.

AMBETTER VALUE HMO



© 2022 Quest Analytics, LLC.

April 26, 2022

Service Areas

■ AMBETTER VALUE CURRENT

DEFINICIONES

En este *contrato*, se definen las palabras en letra cursiva. A las palabras no escritas en letra cursiva se les dará su significado habitual.

Dondequiera que se use en este *contrato*:

Lesión cerebral adquirida significa daño neurológico al cerebro, el cual no es hereditario, congénito, o degenerativo. La *lesión* al cerebro ha ocurrido después del nacimiento y produce un cambio en la actividad neuronal, que resulta en deterioro del funcionamiento físico, procesamiento sensorial, conocimiento, o comportamiento psicosocial.

Rehabilitación aguda es la rehabilitación para los pacientes que se beneficiarán de un programa de rehabilitación intensivo y multidisciplinario. Los pacientes normalmente reciben una combinación de terapias como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla según sea necesario y son controlados médicamente por médicos especialmente capacitados. Los servicios de rehabilitación deben realizarse durante tres o más horas al día, de cinco a siete días a la semana, por uno o más *profesionales con licencia en rehabilitación* mientras el *afiliado* está *internado* en un *hospital*, *centro de rehabilitación* o *centro de atención prolongada*.

Crédito fiscal para las primas por adelantado significa el crédito fiscal proporcionado por la Ley de cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act) para ayudarle a pagar la cobertura de salud comprada a través del Mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace). *El crédito fiscal para las primas por adelantado* puede ser usado inmediatamente para disminuir los costos de su prima mensual. Si califica, puede seleccionar cuánto *crédito fiscal para las primas por adelantado* aplicar a sus primas cada mes, hasta la cantidad máxima. Si la cantidad del *crédito fiscal para las primas por adelantado* que recibe por el año es menor que el crédito fiscal de la prima total que debe, obtendrá la diferencia como crédito reembolsable cuando presente su declaración federal de impuestos. Si la cantidad de *créditos fiscales a las primas anticipadas* por el año son más que el crédito fiscal que debe, *usted* debe rembolsar el exceso del *crédito fiscal para las primas por adelantado* con su declaración de impuestos.

Determinación adversa una determinación realizada por un agente de revisión de la utilización en nombre de cualquier pagador de que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para ser prestados a un *afiliado* no son *médicamente necesarios* o apropiados o son experimentales o de investigación. El término no incluye una denegación de servicios de atención médica debido a la falta de solicitud de revisión de utilización prospectiva o concurrente. Refiérase a la sección de Procedimientos de Queja y Apelación de este *contrato* para obtener información sobre su derecho de *apelar* una *determinación adversa*.

Cantidad permitida (véase también ***gasto por servicio elegible***) es la cantidad máxima que pagaremos a un *proveedor* por un *servicio cubierto* cuando dicho *servicio cubierto* se recibe de un *proveedor de la red*, la *cantidad permitida* es la cantidad que el *proveedor* acordó aceptar de nosotros como pago por ese servicio en particular. En todos los casos, la *cantidad permitida* estará sujeta al *costo compartido* (por ejemplo, *deducible*, *coaseguro* y *copago*) según los beneficios del *afiliado*. Esta cantidad excluye las cantidades acordadas entre el *proveedor* y nosotros como resultado de un arbitraje federal o estatal.

Tome nota de que, si recibe servicios de un *proveedor que no pertenece a la red*, usted puede ser responsable de la diferencia entre la cantidad que el *proveedor* cobra por el servicio (cantidad facturada) y la *cantidad permitida* que nosotros pagamos. Sin embargo, usted no será responsable de la *facturación del saldo* por la atención fuera de la red no prevista que, de otra manera, está cubierta por su plan y que es proporcionada por un *proveedor que no pertenece a la red* en un *centro de la red*, a menos que haya dado su consentimiento informado antes de recibir los servicios. Tampoco será responsable de la *facturación de saldos* por parte de un *proveedor o centro que no pertenece a la red por servicios de emergencia* o servicios de ambulancia aérea. Consulte las definiciones de *facturación de saldos* y de *proveedor que no pertenece a la red* para obtener más información. Si le *facturan el saldo* en estas situaciones, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de *afiliado*.

Telesalud de Ambetter se refiere al proveedor preferido que hemos contratado para proporcionar *servicios de telesalud a los afiliados*. Nuestro proveedor preferido contrata a *proveedores* para prestar *servicios de telesalud a los afiliados*. Se puede acceder a estos servicios a través de <https://ambetter.superiorhealthplan.com/benefits-services/telehealth-services.html>.

Apelación es el proceso formal de *nuestro* Agente de Revisión de la Utilización mediante el cual un *afiliado*, o un individuo actuando en nombre de un *afiliado*, o un *proveedor del afiliado* conocido puede solicitar reconsideración de una *determinación adversa*. *Apelación* significa una *queja* en la que se solicita al titular del contrato que reconsidere, revoque o de otro modo modifique una *determinación adversa de beneficio*, servicio o reclamo.

Leyes aplicables son las leyes del estado en el que se emitió el *contrato* y/o las leyes federales.

Análisis del comportamiento aplicado (ABA) es la aplicación de principios de comportamiento ante situaciones cotidianas, con la intención de aumentar o disminuir los comportamientos objetivo. El ABA se ha utilizado para mejorar áreas como el lenguaje, la autoayuda y las habilidades de juego, así como para disminuir comportamientos como la agresión, los auto-estimulantes y la auto-lesión.

Autorización o autorizado(a) significa *nuestra* decisión para aprobar la *necesidad médica* o determinar la idoneidad de atención para un *afiliado* por el *PCP* o *proveedor del afiliado*, previo a que el *afiliado* reciba los servicios.

Trastorno del espectro autista es un trastorno neurológico y del desarrollo que comienza en la infancia y dura toda la vida de la persona. Es una afección relacionada con el desarrollo del cerebro que afecta a la forma en que una persona percibe y se relaciona con los demás, causando problemas de interacción social y comunicación. Puede incluir un deterioro intelectual, pero no siempre. El trastorno puede incluir problemas con la capacidad de reconocer o compartir intereses o experiencias emocionales, problemas para expresar o comprender la comunicación verbal o no verbal, y/o para desarrollar o mantener relaciones. A menudo se observan patrones repetitivos de comportamiento o una incapacidad para tolerar el cambio.

Facturación del balance o saldo significa la facturación para usted de un *proveedor que no pertenece a la red* por la diferencia entre el cobro del proveedor por un servicio y el *gasto elegible*. Los *proveedores de la red* no pueden *facturarle el saldo por los gastos de los servicios cubiertos* que superen las cantidades de *costos compartidos* aplicables.

Si alguna vez le facturan el saldo, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Salud del comportamiento incluye tanto a la salud mental como a los trastornos por *consumo de sustancias*, que comprende un conjunto de servicios de prevención, intervención, tratamiento y apoyo para la recuperación.

Consejería por luto significa la consejería de *afiliados de la familia inmediata* de una persona fallecida que está designada para ayudarles a adaptarse al fallecimiento de la persona.

Cargos facturados son los cargos por el cuidado médico o servicios de atención médica incluidos en un reclamo presentado por un *médico o proveedor*.

Administración de la atención significa un programa en el cual un(a) enfermero(a) titulado(a) o profesional para la salud mental licenciado, conocido como un administrador de la atención, ayuda a un *afiliado* a través de un proceso de colaboración que evalúa, planea, implementa, coordina, controla y evalúa opciones y beneficios de atención médica disponibles para un *afiliado*. La *Administración de la atención* se instituye cuando es un acuerdo mutuo entre nosotros, el *afiliado* y el *médico del afiliado*.

Centro de excelencia significa que un *hospital* ha cumplido con medidas de calidad específicas en relación con los servicios de trasplante:

1. Se especializa en un tipo o tipos específicos de trasplantes *médicamente necesarios* u otros servicios como cáncer, cirugía bariátrica o infertilidad; y
2. Ha acordado con nosotros o con una entidad designada por nosotros cumplir con la calidad de los criterios de atención médica de forma rentable. El hecho que un *hospital sea un proveedor de la red* no significa que éste sea un *Centro de excelencia*.

Cuidado quiropráctico significa la participación del tratamiento neuromuscular en forma de manipulación y ajuste de los tejidos del cuerpo, particularmente de la columna vertebral y podría incluir modalidades de medicina física o el uso de *equipo médico duradero*.

Terapia de comunicación cognitiva son servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, inclusive entendimiento, lectura, escritura y expresión verbal de información.

Terapia de rehabilitación cognitiva son servicios diseñados para abordar actividades cognitivas terapéuticas, basadas en una evaluación y entendimiento de las deficiencias cerebrales y del comportamiento del *afiliado*.

Cantidad de coaseguro significa el porcentaje de los *servicios cubiertos* que se puede requerir que usted pague cuando usted recibe un *servicio cubierto*. Las cantidades de *coaseguro* se listan en su *Programa de beneficios*. No todos los *servicios cubiertos* tienen *coaseguro*.

Servicios de reintegración a la comunidad son servicios que facilitan la continuación del cuidado a medida que un *afiliado* afectado se incorpora a la comunidad.

Queja Toda insatisfacción expresada oralmente o por escrito por un demandante a una organización de mantenimiento de la salud con respecto a cualquier aspecto del funcionamiento de la organización de mantenimiento de la salud. El término incluye insatisfacción relacionada con la administración del plan, procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa* bajo el Código de Seguros de Texas, Sección 843.251, 4201.204, y 4201.351, la denegación, reducción, o terminación de un servicio por razones no relacionadas con necesidad médica, la manera en la cual el servicio es proporcionado, y una decisión de desafiliación. El término no incluye:

1. Un malentendido o un problema de desinformación que se resuelve rápidamente clarificando el malentendido o proporcionando la información apropiada para la satisfacción del *afiliado*; o
2. Una expresión oral o escrita de insatisfacción o desacuerdo con una *determinación adversa* de un *proveedor* o *afiliado*.

Complicaciones del embarazo significa:

1. Afecciones que requieren confinamiento en el *hospital* (cuando el *embarazo* no llega a término), cuyos diagnósticos son distintos del *embarazo* pero se afectan adversamente por el *embarazo*, o son causados por el *embarazo*, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, pérdida por aborto, y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirán el falso trabajo de parto, sangrado ocasional, descanso indicado por el *médico* durante el período del *embarazo*, náuseas matinales, hiperémesis gravídica, preeclampsia, y problemas similares asociados con el tratamiento de un embarazo difícil no constituye una complicación nosológicamente distinta del *embarazo*; y
2. Sección cesárea no selectiva, terminación de *embarazo* ectópico y terminación espontánea del *embarazo* que ocurre durante un período de gestación en el cual un nacimiento viable no es posible.

Paciente con atención continua se refiere a una persona que, con respecto a un *proveedor* o *centro*, (i) está recibiendo un tratamiento para una *enfermedad grave y compleja* por parte de ese *proveedor* o *centro*; (ii) está recibiendo un curso de atención institucional o de *hospitalización* por parte de ese *proveedor* o *centro*; (iii) está programado para someterse a una *cirugía* no electiva por parte de ese *proveedor*, incluida la atención postoperatoria; (iv) está embarazada y está recibiendo un curso de tratamiento para el *embarazo*; o (v) se determina que tiene una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad.

Contrato se refiere a este *contrato*, tal y como ha sido emitido y entregado a usted. Éste incluye las páginas adjuntas, las solicitudes de afiliación, el *Programa de beneficios* y cualquier enmienda o cláusula adicional.

Copago o cantidad de copago significa la cantidad específica en dólares que se puede requerir que usted pague cuando usted recibe *servicios cubiertos*. Las *cantidades de copago* se muestran en la sección *Programa de beneficios*. No todos los *servicios cubiertos* tienen una *cantidad de copago*.

Tratamiento cosmético significa los tratamientos, procedimientos, o servicios que cambian o mejoran la apariencia sin mejorar significativamente la función fisiológica y sin tener en cuenta ninguna mejoría impuesta a las consecuencias fisiológicas o comportamiento socialmente elusivo que resulta de una *lesión*, *enfermedad*, o anomalía congénita.

Costo compartido significa la *cantidad deducible*, *cantidad de copago* y *coaseguro* que usted paga por los *servicios cubiertos*. La *cantidad de costo compartido* que se requiere que usted pague por cada tipo de *servicios cubiertos* se limita en la sección *Programa de beneficios*. Cuando *reciba servicios cubiertos* de un *proveedor que no pertenece a la red* en un *centro de la red*, o cuando reciba *servicios de emergencia cubiertos* o servicios de ambulancia aérea de *proveedores que no pertenecen a la red*, el *costo compartido* puede basarse en una cantidad diferente de la *cantidad permitida*.

Reducciones de costos compartidos disminuyen la cantidad que usted tiene que pagar en *deducibles*, *copagos* y *coaseguro*. Para calificar para *reducciones de costos compartidos*, un individuo elegible debe inscribirse en un plan de nivel plata a través del Mercado de seguros de salud o ser miembro de una tribu India Americana reconocida por el gobierno federal y/o Nativo de Alaska afiliado en un *plan de salud calificado (QHP, siglas en inglés)* a través del Mercado de seguros de salud.

Servicio cubierto o gastos por servicios cubiertos significa servicios de atención médica, suministros o tratamiento como se describe en este *contrato* los cuales se realizan, recetan, dirigen o *autorizan* por un *proveedor*. Para ser un *servicio cubierto*, el servicio, suministro o tratamiento debe ser:

1. Proporcionado o incurrido mientras la cobertura del *afiliado* esté en vigencia bajo este *contrato*;
2. Cubierto por una provisión de beneficio específica de este *contrato*; y
3. No excluido en ninguna otra parte en este *contrato*.

Cuidados supervisados son servicios diseñados para ayudar a un *afiliado* con actividades de la vida diaria, a menudo proporcionados en un entorno de atención a largo plazo en el que no se espera la recuperación completa y que pueden ser proporcionados por una persona no experta.

Los *cuidados supervisados* incluyen (pero no se limitan a) lo siguiente:

1. Cuidado personal tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, vestirse, bañarse, alimentarse y usar el inodoro;
2. Preparación y administración de dietas especiales;
3. Supervisión de la administración de medicamentos por un cuidador;
4. Supervisión de la autoadministración de medicamentos; o
5. Programas y tratamientos que incluyan o describan como, pero sin limitarse a, cuidado de convalecencia, cuidado de reposo, cuidado educativo o cuidado recreativo.

Cantidad deducible o deducible significa la cantidad que usted debe pagar en un año de calendario por los *gastos cubiertos* antes de que nosotros paguemos los beneficios. Por la cobertura familiar, hay una *cantidad deducible* familiar, la cual es dos veces la *cantidad deducible* individual. Ambas, las *cantidades deducibles* individual y familiar se muestran en la sección *Programa de beneficios*.

Si usted es un *afiliado* cubierto en una familia de dos o más *afiliados*, usted cumplirá con su *cantidad deducible* cuando:

1. Usted cumpla su *cantidad deducible* individual; o
2. Su familia cumple con la *cantidad deducible* familiar por el año de calendario.

Si usted cumple con su *cantidad deducible* individual, cada uno de los otros *afiliados* en su familia son aún responsables por su *deducible* hasta que la *cantidad deducible* familiar se cumpla por el año de calendario.

Servicios dentales significa *cirugía* o servicios proporcionados para diagnosticar, prevenir, o corregir toda dolencia o defectos de los dientes y tejidos de apoyo, y todo suministro o aparatos orales relacionados. Los gastos por dicho tratamiento son considerados *servicios dentales* independientemente de la razón por los servicios.

Afiliado dependiente se refiere al *cónyuge* legal, a la pareja de hecho y/o a un *hijo o hija elegible* del *suscriptor* principal. Cada *afiliado dependiente* deberá ser nombrado en la solicitud de afiliación o nosotros debemos aceptar por escrito que su nombre se añade a la lista como *afiliado dependiente*.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes significa instrucción que permitirá a un *afiliado* y/o a su cuidador entender el cuidado y tratamiento de la diabetes, inclusive el asesoramiento nutricional y uso apropiado del equipo y suministros para la diabetes.

Diagnóstico por imágenes significa un examen de imagen mediante mamografía, ultrasonido o por resonancia magnética que está diseñado para evaluar:

1. Una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un *médico* o un paciente en una mama;
2. Una anomalía observada por un *médico* en una mamografía de detección;
3. Una anomalía previamente identificada por un *médico* como probablemente benigna en una mama para la que el *médico* recomienda un seguimiento con imágenes; o
4. Una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.

Equipo médico duradero significa artículos usados para servir a un diagnóstico o propósito terapéutico específico en el tratamiento de una *enfermedad* o *lesión*, que puedan soportar el uso repetido, no son generalmente útiles para una persona en ausencia de *enfermedad* o *lesión*, y son apropiados para usarse en la casa del paciente.

Fecha de entrada en vigencia significa la fecha en que un *afiliado* se vuelve cubierto bajo este *contrato* para *servicios cubiertos*.

Hijo (menor) elegible significa el hijo o hija de un *suscriptor* principal, si el hijo o hija es menor de 26 años de edad. Tal como se usa en esta definición, "hijo" o "hija" significa:

1. Un hijo o hija natural;
2. Un(a) hijastro(a);
3. Un hijo(a) adoptado(a) legalmente y un hijo(a) para el/la cual el *afiliado* principal debe proporcionar apoyo médico conforme a una orden emitida bajo la Sección 14.061 del Código de familia, u otra orden ejecutable por un tribunal en Texas;

4. Un menor asignado a usted para adopción o para quien usted es parte en un convenio en el cual la adopción del menor se solicita;
5. Un menor en régimen de acogida bajo su custodia;
6. Un menor cuya tutela legal le ha sido otorgada a usted o a su *cónyuge* o a su pareja por derecho común;
7. Un hijo de un *afiliado* en intercambio que es residente de los Estados Unidos o estudiante de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada;
8. Un hijo de un *afiliado* en intercambio que no es elegible para la cobertura de Medicare;
9. Cualquier hijo de los hijos del *afiliado* en intercambio, si esos menores son dependientes del *afiliado* para fines del impuesto federal sobre la renta al momento de la solicitud; o
10. Un menor cuya cobertura es requerida por una orden de apoyo médico.

Es su responsabilidad notificar a la entidad con la que se inscribió (ya sea el Mercado de Seguros de Salud o nosotros) si su *hijo o hija* deja de ser un *menor elegible*. Usted debe reembolsarnos cualquier beneficio que proporcionemos o paguemos por un hijo o hija en un momento en el que él o ella no reunía los requisitos para ser considerado un *menor elegible*.

Gasto por servicio elegible significa un *gasto por servicio cubierto* como se determina más abajo.

1. Para los *proveedores de la red*: Cuando un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor de la red*, el *gasto por servicio elegible* es el honorario contratado con ese *proveedor*.
2. Para los *proveedores que no pertenecen a la red*, a menos que las leyes federales o de Texas exijan lo contrario, el gasto por servicio elegible es el siguiente:
 - a. Cuando un *servicio de emergencia cubierto* es recibido de un *proveedor que no pertenece a la red* dentro de Texas, el *gasto por servicio elegible* es el menor de: (1) el honorario negociado, si lo hubiera, que haya sido acordado mutuamente por nosotros y el *proveedor* como pago total, o (2) el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. A usted no se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. Si ha recibido *servicios de emergencia* proporcionados por un *proveedor que no pertenece a la red* y ha recibido una factura del balance, informe al Departamento de Seguros de Texas (TDI, siglas en inglés) o informe a Ambetter from Superior HealthPlan visitando nuestro sitio web y Ambetter informará a TDI. Usted debe consultar con un *proveedor de la red* para cualquier atención médica posterior a la estabilización y para toda la atención de seguimiento.
 - b. Cuando un servicio de emergencia *cubierto* se recibe de un *proveedor que no pertenece a la red* afuera del estado de Texas, el *gasto elegible* es la tarifa negociada, si la hay, que ha sido acordada mutuamente por nosotros y el *proveedor* como pago total. Si el *proveedor* no ha acordado aceptar una tarifa negociada con nosotros como pago total, a menos que la ley aplicable exija lo contrario, el *gasto por servicio elegible* es el reembolso determinado por nosotros y según la ley aplicable. Los costos compartidos de los *afiliados* se calcularán a partir de la cantidad reconocida según la ley federal. No se le debe facturar el *balance* por la diferencia entre la cantidad que pagamos y los cargos del proveedor, pero puede estar sujeto a las obligaciones de *costo compartido*. 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*.
 - c. Cuando se reciba un *servicio cubierto* de un *proveedor profesional que no pertenece a la red* y que preste servicios que *no sean de emergencia* en un *centro de la red*, incluidos, pero no

- limitados a, los servicios de *diagnóstico por imagen* o de análisis de laboratorio, el *gasto por servicio elegible* será la tarifa negociada, si la hubiera, que se haya acordado mutuamente entre nosotros y el *proveedor* como pago total. Si el *proveedor* no ha aceptado una tarifa negociada con nosotros como pago total, a menos que la ley aplicable exija lo contrario, el *gasto por servicio elegible* es el reembolso según lo determinemos nosotros y según lo requiera la ley aplicable. A menos que reciba y firme el documento de notificación y consentimiento por escrito que exige la ley federal antes de que se presten los servicios, no se le debe *facturar* la diferencia entre la cantidad que pagamos y los gastos del proveedor, pero puede estar sujeto a la obligación de costo compartido. *El costo compartido por el afiliado* se calculará a partir de la cantidad reconocida en base a la ley aplicable. Si se le factura el saldo en estas situaciones, notifique a Ambetter from Superior HealthPlan visitando nuestro sitio web. Ambetter notificará a TDI según corresponda.
- d. Cuando un servicio de ambulancia aérea cubierto se recibe de un proveedor que no pertenece a la red, el gasto de servicio elegible es la tarifa negociada, si la hay, que ha sido acordada mutuamente por nosotros y el proveedor como pago total. Si el proveedor no ha acordado aceptar una tarifa negociada con nosotros como pago total, a menos que la ley aplicable requiera lo contrario, el gasto del servicio elegible es el reembolso según lo determinado por nosotros y según lo requerido por la ley aplicable. El costo compartido por el afiliado se calculará a partir de la cantidad reconocida en base a la ley aplicable. No se le debe facturar el balance por la diferencia entre la cantidad que pagamos y los cargos del proveedor, pero puede estar sujeto a las obligaciones de costo compartido. Si se le factura el saldo en estas situaciones, comuníquese inmediatamente con Servicios para los Afiliados al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
 - e. Cuando un *servicio cubierto* no es el resultado de una emergencia, y se recibe de un *proveedor fuera de la red* y se firmó una notificación y declaración de divulgación, se le podría enviar una factura del balance por una cantidad superior a la tarifa usual y acostumbrada. Si usted ha recibido atención proporcionada por un *proveedor que no pertenece a la red* y ha firmado una notificación y declaración de divulgación 10 días antes de recibir la atención, usted es responsable de la cantidad de la factura del balance.
 - f. Para todos los otros *servicios cubiertos* recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* para los cuales se recibe cualquier *autorización* necesaria de nuestra parte, el *gasto por servicio elegible* es la tarifa negociada, si la hay, que ha sido acordada mutuamente por nosotros y el *proveedor* como pago total (no se le facturará la diferencia entre la tarifa negociada y el cargo del *proveedor*). Si no hay una tarifa negociada acordada por el *proveedor* con nosotros, el *gasto por servicio elegible* es el mayor de los siguientes (i) la cantidad que se pagaría conforme a Medicare; (ii) la cantidad por el *servicio cubierto* calculada con el mismo método que generalmente utilizamos para determinar los pagos a los *proveedores que no pertenecen a la red*; o (iii) la cantidad contratada que se paga a los *proveedores de la red* por el *servicio cubierto* (si hay más de una cantidad contratada con los *proveedores de la red* por el *servicio cubierto*, la cantidad es la mediana de estas cantidades). Además de los *costos compartidos* aplicables, se le puede *facturar el saldo* por estos servicios.

Tal como se usa en esta sección, “cargo usual y acostumbrado” se calcula basados en los cargos usuales, razonables, o acostumbrados pagados a y aceptados por los *proveedores*, y se basan en los estándares y

prácticas generalmente aceptados en la industria para determinar los cargos acostumbrados *facturados* al cliente por un servicio.

Servicios de emergencia (atención médica y salud del comportamiento) significa los servicios de atención médica proporcionados en una *instalación de emergencia hospitalaria*, en un *centro* de atención médica de emergencia independiente o en una instalación de emergencia comparable para evaluar y estabilizar una enfermedad (incluido el trabajo de parto y el parto de emergencia) que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso o las alteraciones psiquiátricas) de manera que una persona prudente con un conocimiento medio de la medicina y la salud podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata diera lugar a una de las siguientes situaciones:

1. Poner en grave peligro la salud del receptor (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su feto);
2. Deterioro grave de las funciones corporales; o
3. Una disfunción o desfiguración grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Los servicios que reciba de un *proveedor o centro que no pertenece a la red* una vez que se haya *estabilizado* su estado de salud médico/*del comportamiento* de emergencia siguen cumpliendo la definición de *servicios de emergencia* hasta que (1) se le dé el alta del *centro* o (2) se cumplan las dos circunstancias siguientes, así como cualquier otro criterio exigido por la ley federal o estatal: (a) el *proveedor o el centro* determina que usted puede viajar utilizando un transporte no médico o un transporte médico no urgente, y (b) su *proveedor* obtiene el consentimiento informado para proporcionar los servicios adicionales.

Inscripción directa mejorada (EDE, siglas en inglés) es una herramienta de Ambetter que le permite solicitar cobertura, renovar e informar de cambios de vida por completo en nuestro sitio web sin ser redirigido al Mercado de seguros de salud (Healthcare.gov). Si ha utilizado enroll.ambetterhealth.com para solicitar o renovar, un panel para consumidores ha sido creado para usted. Puede ingresar a su panel para consumidores en enroll.ambetterhealth.com.

Afiliado significa usted, su *cónyuge* legal y cada *hijo o hija elegible*:

1. Nombrado en la solicitud; o
2. A quien nosotros aceptamos por escrito agregar como un *afiliado*.

Tratamiento en fase experimental o de investigación es un tratamiento de atención médica, servicio, o dispositivo para el cual hay evidencia clínica o desarrollo científico temprano que demuestra la posible eficacia del tratamiento, servicio, o dispositivo, pero que aún no se acepta ampliamente como estándar de atención médica prevaleciente.

Instalación de cuidado prolongado significa una institución, o una parte diferente de una institución que:

1. Está autorizada como una *Instalación de enfermería especializada o instalación de rehabilitación* por el estado en el cual opera;
2. Está regularmente comprometida a proporcionar cuidado de enfermería especializada de 24 horas bajo la supervisión regular de un *proveedor* y la supervisión directa de un enfermero titulado;
3. Mantiene un registro diario de cada paciente;
4. Tiene un plan de *revisión de la utilización* eficaz;

5. Proporciona a cada paciente un programa planeado de observación indicado por un *proveedor*; y
6. Proporciona a cada paciente tratamiento activo de una *enfermedad o lesión*, de acuerdo con los *estándares de la práctica médica aceptados* para esa enfermedad.

La instalación de cuidado prolongado no incluye una *instalación* principalmente para descanso, para ancianos, tratamiento de *trastorno por uso de sustancias*, *cuidado supervisado*, cuidado de enfermería, o para cuidado de *trastornos mentales* o discapacidades mentales.

Instalación significa un *hospital*, *instalación de rehabilitación*, clínica de emergencias, clínica para consulta externa/servicios ambulatorios, centro de maternidad, centro de cirugía ambulatoria, *instalación de enfermería especializada*, u otra *instalación* de atención de la salud que proporciona servicios de atención médica.

Estándares de la práctica médica generalmente aceptados significa los estándares que tienen como base evidencia científica confiable publicada en la literatura médica revisada por colegas generalmente reconocidos por la comunidad médica importante, basándose principalmente en ensayos clínicos controlados.

Si no hay evidencia científica confiable disponible, entonces pueden considerarse los estándares que tienen como base las recomendaciones de la sociedad de la especialidad del *proveedor* o los estándares de atención profesional. Nosotros nos reservamos el derecho de consultar con los profesionales médicos para determinar si un servicio de atención médica, suministro o medicamento es *necesario desde el punto de vista médico* y es un *servicio cubierto* bajo el *contrato*. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de la especialidad del *proveedor*, la selección del profesional médico y la determinación de cuándo usar cualquiera de tales opiniones, será determinada por nosotros.

Habilitación o servicios de habilitación significa servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar capacidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Estos servicios pueden realizarse en un entorno hospitalario o ambulatorio e incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Administración de la salud es un programa diseñado especialmente para ayudarle a hacer frente a una enfermedad específica o crónica.

Servicios de asistencia de salud en el hogar significa aquellos servicios proporcionados por un ayudante para la atención médica en el hogar empleado por una *agencia de atención médica en el hogar* y supervisados por un(a) enfermero(a) registrado(a), que están dirigidos hacia la atención personal de un *afiliado*.

Servicios de atención médica en el hogar significa atención o tratamiento de una *enfermedad o lesión* en la casa de un *afiliado* que es:

1. Proporcionada por una *agencia de atención médica en el hogar*; y ha sido
2. Recetada y supervisada por un *proveedor*.

Agencia de atención médica en el hogar significa un negocio que:

1. proporciona *servicios de atención médica en el hogar*; y

2. está autorizada bajo el capítulo 142 del Código de Salud y Seguridad del departamento de Servicios Humanos y de Salud de Texas.

Terapia de infusión en el hogar significa la administración de líquidos, nutrición o medicamentos (inclusive todos los aditivos y quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o por inyección intravenosa en el entorno del hogar.

Hospicio se refiere a los servicios diseñados para, elegidos por, y proporcionados a los *afiliados* que tienen una *enfermedad terminal*, según lo certificado por un *médico* de la red. Nosotros trabajamos con programas de hospicio certificados y autorizados por el estado para reducir al mínimo la incomodidad del paciente y atender las necesidades especiales físicas, psicológicas y sociales de un *afiliado con una enfermedad terminal* y las de su *familia inmediata*.

Hospital es una institución autorizada y que opera conforme a las leyes que:

1. Su actividad principal es proporcionar u operar (ya sea en sus instalaciones o en *instalaciones* disponibles para el *hospital* en base contractual previo y bajo la supervisión de personal de uno o más *proveedores* debidamente autorizados), *instalaciones* médicas, diagnósticas y de *cirugía mayor* para la atención médica y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas como *pacientes internados* por lo cual se realiza un cargo;
2. Proporciona servicio de enfermería durante las 24 horas, por o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) profesional titulado(a) (R.N., siglas en inglés);
3. Es una instalación que mantiene y opera un mínimo de cinco camas;
4. Cuenta con rayos X e *instalaciones* de laboratorio ya sea en el lugar o están disponibles en base contractual previo; y
5. Mantiene registros permanentes de historial médico.

Mientras se encuentre confinado en una unidad, sección, o sala *hospitalaria* identificable separada, usada principalmente como instalación geriátrica, de descanso, de *cuidado supervisado* o de convalecencia, *instalación de rehabilitación*, *instalación de cuidado prolongado*, o *instalación de tratamiento residencial*, hogar de transición, o *instalación* de transición, o un paciente se traslada de la sala de emergencias en un estado de observación a corto plazo, un *afiliado* no será considerado como confinado en un *hospital* para fines de este *contrato*.

Servicios hospitalarios se refiere a los *servicios cubiertos médicamente necesarios* que generalmente y habitualmente prestan los hospitales generales de agudos; y son recetados, dirigidos o autorizados por su *PCP*. Cuando un *afiliado* es admitido en un centro de hospitalización, un *médico* que no sea el *PCP* del *afiliado* puede dirigir y supervisar la atención del *afiliado*.

Enfermedad significa una enfermedad, dolencia, o trastorno de un *afiliado*. Todas las *enfermedades* que existen al mismo tiempo y que se deben o están relacionadas a la misma causa se consideran como una *enfermedad*. Además, si una *enfermedad* se debe a causas que son las mismas que, o están relacionadas con, las causas de una *enfermedad* anterior, se considerará que la *enfermedad* es una continuación o recurrencia de la *enfermedad* anterior y no una *enfermedad* separada.

Familia inmediata significa los padres, *cónyuge*, su pareja por derecho común, *hijo o hija elegible*, o hermanos de cualquier *afiliado* que viven con el *afiliado*.

Lesión significa daño corporal accidental sufrido por el *afiliado* y causado en el cuerpo por una fuerza externa. Todas las *lesiones* ocasionadas por el mismo accidente se consideran como una *lesión*.

Paciente internado significa que los servicios, suministros, o tratamiento, para atención médica o salud del comportamiento, o *trastorno del consumo de sustancias* son recibidos por una persona que es paciente residente durante la noche en un *hospital* u otra *instalación* a donde usa y se le cobra por habitación y alimentación.

Unidad de cuidados intensivos se refiere a una unidad o área de un *hospital* que cumple con las normas exigidas por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales para las unidades de cuidados especiales.

Rehabilitación intensiva diurna significa dos o más tipos diferentes de tratamiento proporcionados por uno o más *médicos practicantes de rehabilitación autorizados* y realizados durante tres o más horas por día, de cinco a siete días por semana.

Limitaciones de medicamentos administrados significa los límites en la cobertura basados en un lapso de tiempo, cantidad o dosis de un medicamento, u otros criterios específicos predeterminados.

Cantidad máxima que usted paga de su propio bolsillo se refiere a la suma de *la cantidad deducible*, *la cantidad deducible para medicamentos recetados* (si procede), *la cantidad de copago* y *el coaseguro* de los servicios cubiertos, tal como se indica en el *Programa de beneficios*.

Beneficio terapéutico máximo significa el punto en el curso del tratamiento donde no se espera mejoría adicional en la enfermedad de un *afiliado*, aunque podría haber fluctuaciones en los grados de dolor y función.

Necesario desde el punto de vista médico significa servicios, artículos o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar una *enfermedad*, *lesión*, afección, dolencia, o sus síntomas y que cumple con los estándares de medicina aceptados.

Estabilizado médicamente para los servicios que no sean de emergencia, significa que la persona ya no tiene un deterioro mayor como resultado de una *lesión o enfermedad* anterior y no hay cambios agudos en los hallazgos físicos, resultados de laboratorio o resultados radiológicos que requieran atención médica de emergencia. La atención médica intensiva no incluye *rehabilitación intensiva*. Estabilizar, con respecto a una enfermedad de emergencia, significa proporcionar el tratamiento médico de la enfermedad que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca un deterioro material de la enfermedad durante el traslado* a *una instalación de la red* o el alta de la persona de una *instalación*. (*Consulte la provisión de Beneficios del Servicio de Ambulancia en la sección de Beneficios de Gastos Médicos Mayores).

Trastorno de salud mental se refiere a una enfermedad que provoca una alteración del comportamiento, la emoción y el conocimiento. Estos trastornos pueden variar en su impacto, desde la ausencia de deterioro

hasta el deterioro leve, moderado o grave. Dependiendo de la gravedad, pueden ir acompañados de estrés significativo que afecta al trabajo, la escuela y las relaciones sociales del individuo. *Los beneficios por trastornos de salud mental* se definen como beneficios por artículos o servicios para las condiciones de salud mental enumeradas en el capítulo 5 (F) de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, excepto el subcapítulo 1 (F01-09) y el subcapítulo 8 (F70-79).

Cobertura esencial mínima significa cualquier plan de seguro de salud que cumpla con los requisitos de la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA, por sus siglas en inglés) para la cobertura del seguro de salud. Por ejemplo, los planes basados en el empleo, los planes del Mercado de Seguros de Salud ("Marketplace"), la mayoría de los planes individuales vendidos fuera del Mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), TRICARE, COBRA y los planes vendidos a través del mercado del Programa de Seguros Médicos para Pequeñas Empresas (SHOP, por sus siglas en inglés).

Suministros médicos necesarios significa suministros médicos que son:

1. Necesarios para el cuidado o tratamiento de una *lesión o enfermedad*;
2. *Equipo médico duradero* o no reutilizable; y
3. No puede ser usado por otros pacientes.

Los suministros médicos necesarios no incluyen suministros de primeros auxilios, bolas de algodón, alcohol para frotar, o artículos parecidos rutinariamente encontrados en el hogar.

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*.

Gasto por servicio elegible de la red significa el *gasto elegible* por servicios o suministros que son proporcionados por un *proveedor de la red*. Por servicios en *instalaciones*, este es el *gasto elegible* que es proporcionado en y facturado por una *instalación de la red* por los servicios de ya sea un *proveedor de la red* o *proveedor que no pertenece a la red*. *Servicio elegible de la red* incluye beneficios por servicios de salud de emergencia aunque sean proporcionados por un *proveedor que no pertenece a la red*.

Proveedor de la red significa cualquier persona o entidad con licencia que haya firmado un contrato con Ambetter from Superior HealthPlan bajo la red Ambetter Value TX para proporcionar *servicios cubiertos a los afiliados* bajo este *contrato*, incluidos, pero sin limitarse a ellos, *los hospitales*, los hospitales de especialidades, *los centros de atención urgente*, *los médicos*, las farmacias, los laboratorios y otros profesionales de la salud dentro de nuestra *área de servicio*.

Examen neurológico y del comportamiento es una evaluación de la historia de dificultad neurológica y psiquiátrica, síntomas actuales, estado mental actual, e historia premórbida, inclusive la identificación de comportamiento problemático y la relación entre comportamiento y las variables que controlan el comportamiento. Esto puede incluir entrevistas del *afiliado*, familia, u otros.

Tratamiento neurológico y del comportamiento son las intervenciones que se enfocan en el comportamiento y en las variables que controlan el comportamiento.

Rehabilitación neurocognitiva son servicios diseñados para ayudar a los afiliados que tienen deterioro cognitivo para compensar las deficiencias en el funcionamiento cognitivo mediante la recuperación de capacidades cognitivas y/o el desarrollo de estrategias y técnicas compensadoras.

Tratamiento neurocognitivo son servicios diseñados para abordar deficiencias neurológicas en el proceso de información y para facilitar el desarrollo de capacidades cognitivas de nivel más alto.

Tratamiento de neuroretroalimentación son servicios que utilizan el procedimiento de aprendizaje de condicionamiento operante basado en parámetros electroencefalográficos (EEG), y que están diseñados para resultar en rendimiento y comportamiento mental mejorados, y estado de ánimo estabilizado.

Prueba neurofisiológica es una evaluación de las funciones del sistema nervioso.

Tratamiento neurofisiológico significa intervenciones que se enfocan en las funciones del sistema nervioso.

Análisis neurofisiológico es la administración de una amplia serie de pruebas para evaluar los puntos fuertes y débiles neurocognitivos, de comportamiento, y emocionales, y su relación con el funcionamiento del sistema nervioso central normal y anormal.

Tratamiento neuropsicológico significa intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar deficiencias en el proceso cognitivo y de comportamiento.

Proveedor que no pertenece a la red se refiere a un médico, *centro de salud* u otro *proveedor* que no tiene un contrato con *nosotros* para proporcionar atención médica o de salud al afiliado a través de esta *evidencia de cobertura*. También se les puede llamar *proveedores no participantes*. Los servicios recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* son "*fuera de la red*" y no están cubiertos, excepto:

1. Los servicios de emergencia, tal y como se describen en la sección de Servicios Cubiertos de este *contrato*;
2. Servicios de atención médica que no sean de emergencia y que se reciban en una *instalación de la red*, como se describe en la sección Administración de su Atención Médica de este *contrato*; o
3. Situación descrita específicamente en este *contrato*.

Aparato ortésico es un *aparato necesario desde el punto de vista médico* usado para apoyar, alinear, prevenir o corregir deformidades, proteger una función corporal, mejorar la función y movilidad de la parte del cuerpo, o ayudar con las articulaciones disfuncionales. Los aparatos ortésicos deben usarse para el apoyo terapéutico, protección, recuperación o función de una parte del cuerpo deteriorada, para el tratamiento de una *enfermedad o lesión*.

Otro plan significa todo plan o póliza que proporcione seguro, reembolso, o beneficios de servicio para gastos de *hospital*, quirúrgicos o médicos. Este incluye pago bajo pólizas de seguro grupal o individual,

automóvil sin culpa o pagos de cobertura médica, pago de cobertura médica del seguro de casa, pago de cobertura médica en instalaciones, planes de servicios de salud sin fines de lucro, contratos de afiliados con organizaciones para el mantenimiento de la salud, planes grupales autoasegurados, planes prepagados, y Medicare cuando el *afiliado* está inscrito en Medicare. *Otro plan* no incluirá a Medicaid.

Otros profesionales tal y como se usa en su *Programa de Beneficios* y en relación con los servicios de salud mental/trastornos por consumo de sustancias, se refiere a un proveedor de servicios de salud mental *o de trastornos por consumo de sustancias* autorizado/certificado por el estado en el que se presta la atención y que realiza servicios dentro del campo de dicha licencia/certificación.

Servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios significa servicios estructurados proporcionados para abordar deficiencia en las funciones psicológicas, de comportamiento y/o cognitivas.

Servicios para pacientes ambulatorios significa la instalación, servicios complementarios y cargos profesionales cuando se proporcionan como paciente ambulatorio en un hospital, instalación de cuidado alternativo, clínica de salud, u otro *proveedor* según se determine por el plan. Estas *instalaciones* pueden incluir un centro no hospitalario que proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento, cirugía, o rehabilitación, u otra *instalación de proveedores* según se determine por nosotros. Los cargos profesionales sólo incluyen servicios facturados por un *médico* u otro profesional.

Instalación quirúrgica para pacientes ambulatorios significa toda *instalación* con un personal médico de *proveedores* que opera conforme a la ley con el propósito de realizar *procedimientos quirúrgicos*, y que no proporciona acomodaciones para que los pacientes pernocten. Esto no incluye *instalaciones* tales como: clínicas de cuidados intensivos, *centros de atención urgente*, clínicas de cuidado ambulatorio, *instalaciones* que atienden sólo emergencias, y consultorios de *proveedores*.

Programa de control del dolor significa un programa que usa equipos multidisciplinarios que proporcionan servicios coordinados, orientados al objetivo para un *afiliado* que tiene dolor crónico que interfiere significativamente con el funcionamiento físico, psicosocial, y vocacional, con el propósito de reducir el dolor, mejorar la función, y disminuir la dependencia en el sistema de atención médica. Un *programa de control del dolor* debe ser individualizado y proporcionar *rehabilitación* física, educación sobre el dolor, capacitación en relajación, y evaluación médica.

Médico significa un profesional médico titulado que está practicando dentro del alcance de su autoridad licenciada en el tratamiento de una *lesión* o enfermedad corporal y se requiere que esté cubierto por la ley estatal. Un médico NO incluye a alguien que esté relacionado con una persona cubierta por sangre, matrimonio o adopción o que sea normalmente un miembro del hogar de la persona cubierta.

Servicios de transición posteriores al cuidado agudo son servicios que facilitan la continuación del cuidado más allá de la consulta neurológica inicial a través de la *rehabilitación* y reintegración a la comunidad.

Embarazo significa el estado físico de estar embarazada, pero no incluye *complicaciones del embarazo*.

Medicamento con receta significa toda sustancia médica aprobada por la FDA cuya etiqueta es requerida que lleve la inscripción "sólo con receta" ("RX only").

Orden de receta significa la solicitud para cada fármaco o medicamento por separado por un *proveedor*, o por cada renovación *autorizada* o por dichas solicitudes.

Médico de atención primaria o PCP significa un *proveedor* quien proporciona o dirige los servicios de atención médica para usted. Entre los *PCP* se incluye a internistas, médicos de familia, médicos generales, Enfermeros registrados para prácticas avanzadas (APRN, siglas en inglés), Asistentes médicos (PA, siglas en inglés), pediatras, y obstetras/ ginecólogos (OB/GYN, siglas en inglés), o cualquier otra práctica autorizada por nosotros. El *PCP* supervisa, dirige y proporciona la atención inicial y los servicios médicos básicos para usted y está a cargo de su atención continua.

Autorización previa significa la determinación por nuestra parte de que los servicios de atención médica que se propone prestar a un *afiliado* son *médicamente necesarios* y apropiados. *El proceso de autorización previa* se llevará a cabo de acuerdo con el Código de Seguros de Texas, capítulo 843, o de acuerdo con la ley en el estado de Texas.

Aparato protésico es un *aparato necesario desde el punto de vista médico* usado para reemplazar, corregir, o apoyar una porción perdida del cuerpo, para prevenir o corregir una deformidad física o mala función, o para apoyar una parte débil o deformada del cuerpo.

Centro proveedor significa un *hospital, un centro de rehabilitación, un centro de enfermería especializada u otro centro o instalación* de atención médica.

Plan de salud calificado o QHP, siglas en inglés, significa un plan de salud que tiene en efecto una certificación que cumple con los estándares descritos en la subparte C de la parte 156 emitida o reconocida por cada Mercado de seguros de salud a través de la cual dicho plan es ofrecido de acuerdo con el proceso descrito en la subparte K de la parte 155.

Individuo calificado significa, con respecto al Mercado de seguros de salud, un individuo que ha sido determinado que es elegible para afiliarse a través del Mercado de seguros de salud en un *plan de salud calificado* en el mercado individual.

Cirugía reconstructiva significa la *cirugía* realizada en una estructura corporal anormal causada por defectos congénitos, anormalidades del desarrollo, trauma, infección, tumores, o enfermedad para mejorar la función, o para mejorar la apariencia del paciente en la medida de lo posible. Esta incluye anomalías craneofaciales.

Referencia significa indicaciones específicas en las instrucciones de su *médico de atención primaria (PCP)*, de conformidad con nuestras políticas y procedimientos que le dirigen a un *proveedor participante* para que usted reciba la *atención médicamente necesaria*.

Rehabilitación significa cuidado para restitución (inclusive para educación o capacitación) de una capacidad previa de la función a un grado de *beneficio terapéutico máximo*. Esto incluye *rehabilitación de agudos*, rehabilitación de subagudos, o rehabilitación diurna intensiva, e incluye el *tratamiento de rehabilitación*, terapia de rehabilitación cardíaca y los *programas para control del dolor*. Una

hospitalización de *paciente interno* será considerada para la *rehabilitación* al momento que el *afiliado* haya sido *estabilizado médicamente* y comience a recibir *terapia o tratamiento de rehabilitación* bajo un *programa para control del dolor*.

Instalación de rehabilitación significa una institución o una unidad, sección, o sala de *hospital* separada e identificable que:

1. Está autorizada por el estado como una *instalación de rehabilitación*; y
2. Funciona principalmente para proporcionar atención primaria o *rehabilitación* las 24 horas para personas enfermas o lesionadas como *pacientes internados*.

La *instalación de rehabilitación* no incluye una *instalación* principalmente para descanso, para ancianos, atención a largo plazo, vida cotidiana asistida, cuidado supervisado, cuidado de enfermería, o para el cuidado de discapacitados mentales.

Médico autorizado para proporcionar rehabilitación significa, pero no se limita a un *proveedor*, fisioterapeuta, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional, o terapeuta respiratorio. Un *médico autorizado para proporcionar rehabilitación* debe tener licencia o certificación por el estado en el cual preste y realice servicios dentro del alcance de esa licencia o certificación.

Terapia de rehabilitación es una terapia que ayuda a una persona a recuperar las capacidades que ha perdido o que se han visto deterioradas como consecuencia de una enfermedad, una lesión o un tratamiento. Se proporciona para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad de los individuos. Los tipos de terapia de rehabilitación incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia cardíaca y terapia respiratoria. Puede tener lugar en un entorno ambulatorio o de hospitalización.

Rescisión de un *contrato* significa la determinación de una compañía de seguros de retirar la cobertura y regresar a la fecha inicial de la cobertura.

Residencia significa la ubicación física donde usted vive. Si usted vive en más de una ubicación, y usted presenta una declaración de impuestos de Estados Unidos, la dirección física (no un apartado de correos) mostrada en su declaración de impuestos de Estados Unidos como su *residencia* será considerada como que es su lugar de *residencia*. Si no presenta una declaración de impuestos de Estados Unidos, la *residencia* donde usted pasa la mayor parte de su tiempo será considerada como su lugar de *residencia*.

Instalación para tratamiento residencial significa una *instalación* que proporciona (con o sin cobro) alojamiento para dormir, y:

1. No es un *hospital*, *instalación para cuidado prolongado*, o *instalación de rehabilitación*; o
2. Es una unidad cuyas camas no están autorizadas a un nivel igual a o más agudo que de enfermería especializada.

Atención de relevo significa servicios de atención médica en el hogar proporcionados temporalmente a un *afiliado* para proporcionar alivio a un *familiar cercano del afiliado* o a otro cuidador.

Costos de atención de rutina del paciente significa los costos de todo servicio de *atención médica* necesaria desde el *punto de vista médico* para lo cual los beneficios son proporcionados bajo un plan de

beneficios de salud, sin tener en cuenta si el *afiliado* está participando en un ensayo clínico. Los *costos de atención de rutina del paciente* no incluyen:

1. El costo de un nuevo medicamento o dispositivo *en fase de investigación* que no está aprobado para alguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, inclusive un medicamento o dispositivo que es el sujeto de un ensayo clínico;
2. El costo de un servicio que no es un servicio de atención médica, independiente si el servicio es requerido en relación con la participación en un ensayo clínico;
3. El costo de un servicio que no concuerda con los ampliamente establecidos y aceptados estándares de cuidado para un diagnóstico particular;
4. Un costo asociado con la administración de un ensayo clínico; o
5. El costo de un servicio de atención médica que es específicamente excluido de la cobertura bajo un plan de beneficios de salud.

Programa o Plan de beneficios significa un resumen del *deducible, cantidad de copago, coaseguro, cantidad máxima de su propio bolsillo*, y otros límites que aplican cuando usted recibe *servicios y suministros cubiertos*.

Medicamentos autoinyectables se refiere a *los medicamentos recetados* que se administran en un músculo o debajo de la piel con una jeringa y una aguja. Aunque al principio puede ser necesaria la supervisión o instrucción médica, el paciente o el cuidador pueden administrar los medicamentos *autoinyectables* de forma segura y eficaz.

Enfermedad grave y compleja significa, en el caso de una *enfermedad* aguda, que una afección es lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o, en el caso de una enfermedad o *afección* crónica, que la afección pone en peligro la vida, sea degenerativa, potencialmente discapacitante o congénita, y que requiera atención médica especializada durante un tiempo prolongado.

Área de servicio significa área geográfica, compuesta de condados, donde hemos sido autorizados por el Estado de Texas para vender y comercializar nuestros planes de salud. Estos condados son: Travis, y Williamson, Collin, Dallas, Denton, Rockwall, y Tarrant, Fort Bend, Harris, y Montgomery, Bexar. Usted puede recibir exactamente los límites del *área de servicio* en nuestro sitio web o de Servicios para los Afiliados.

Especialista es un *médico* que se enfoca en un área específica de la medicina y tiene más experiencia para ayudar a tratar trastornos o enfermedades específicas. Los especialistas pueden ser necesarios para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones relacionados con su campo de especialización específico.

Cónyuge significa la persona con quien usted está legalmente casado(a).

Rehabilitación para pacientes subagudos significa uno o más tipos diferentes de tratamiento proporcionado por uno o más *médicos autorizados para proporcionar rehabilitación* y realizados durante media hora hasta dos horas por día, cinco a siete días por semana, mientras el *afiliado* esté confinado como un *paciente internado* en un *hospital, instalación de rehabilitación, o instalación de cuidado prolongado*.

Suscriptor se refiere a la persona principal que solicitó este *contrato* de seguro.

Trastorno por consumo o uso de sustancias es un trastorno que afecta al cerebro y al comportamiento de una persona y que le impide controlar su consumo de sustancias (por ejemplo, alcohol, medicamentos y drogas legales o ilegales). Los síntomas pueden ir de moderados a graves, siendo la adicción la forma más grave de un trastorno por consumo de sustancias. Los beneficios de los *trastornos por consumo de sustancias* se definen como los beneficios de los artículos o servicios para las afecciones de los trastornos por consumo de sustancias que aparecen en el capítulo 5 (F) de la CIE 10, excepto el subcapítulo 1 (F01-09) y el subcapítulo 8 (F70-79).

Cirugía o procedimiento quirúrgico significa:

1. Un procedimiento diagnóstico invasivo; o
2. El tratamiento de una *enfermedad o lesión de un afiliado* por operaciones manuales o instrumentales, realizadas por un *proveedor* mientras el *afiliado* se encuentra bajo anestesia general o local.

Acuerdo de subrogación o sustitución significa un entendimiento en el que una mujer (la *madre sustituta*) acepta quedar embarazada y ser portadora gestacional de un niño (o niños) para otra persona (o personas) que tiene o tienen la intención de criar al niño (o niños), independientemente de que la *madre sustituta* reciba o no un pago por actuar como madre sustituta.

Madre sustituta es una portadora individual que, como parte de un *Acuerdo de subrogación*, a) utiliza su propio óvulo fertilizado por un donante o b) es una portadora gestacional a la que se le ha colocado un óvulo fertilizado en su cuerpo pero el óvulo no es suyo.

Servicio de telesalud (Telehealth) significa un servicio para la salud, diferente al *servicio médico de telemedicina*, o un *servicio odontológico de telediagnóstico* proporcionado por un profesional médico licenciado, certificado, o de otro modo autorizado para practicar en este estado y actuar dentro del campo de la licencia profesional para la salud, certificación, o con derecho para que un paciente en una ubicación física diferente a la del profesional de la salud utilice telecomunicaciones o tecnología de información para facilitar el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, *administración de la atención*, y autocontrol de la atención médica de un paciente.

Servicio médico de telemedicina significa un servicio de atención médica proporcionado por un *médico* con licencia en este estado, o un profesional de la salud que actúa conforme a la delegación y supervisión de un *médico* licenciado en este estado, y actúa dentro del campo de la licencia profesional del *médico* o del profesional de la salud para que un paciente en una ubicación física diferente a la del *médico* o del profesional de la salud use telecomunicaciones o tecnología de información para facilitar el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, *administración de la atención*, y autocontrol de la atención médica de un paciente.

Servicios odontológicos de telediagnóstico significa un servicio de atención de salud prestado por un dentista, o por un profesional de atención médica que actúe bajo la delegación y supervisión de un dentista, que actúe dentro del ámbito de la licencia o certificación del dentista o del profesional de atención

médica a un paciente en una ubicación física diferente a la del dentista o del profesional de atención médica, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Asesoramiento sobre enfermedad terminal significa el asesoramiento a la *familia inmediata* de una persona con *enfermedad terminal* con el propósito de enseñarle a la *familia inmediata* cómo cuidar y ajustarse a la *enfermedad* y muerte inminente de la persona con la *enfermedad terminal*.

Enfermedad terminal significa que un *proveedor* ha proporcionado un pronóstico que un *afiliado* tiene un estado avanzado de la enfermedad con un pronóstico desfavorable que, sin procedimientos para mantener la vida, pronto resultará en la muerte o en un estado de inconsciencia permanente del que es poco probable la recuperación.

Tercero significa una persona u otra entidad que está o puede ser obligada, o es responsable del *afiliado* para el pago de cualquier gasto del *afiliado* por *enfermedad o lesión*. El término “*tercero*” incluye, pero no se limita a, una persona individual; una entidad u organización comercial con o sin fines de lucro; una agencia o un programa gubernamental; y una compañía de seguros. Sin embargo, el término “*tercero*” no incluirá a ninguna compañía de seguros con una póliza bajo la cual el *afiliado* tiene derecho a recibir beneficios como un *afiliado* nombrado, o un *afiliado dependiente* asegurado de un *afiliado* nombrado excepto en aquellas jurisdicciones donde los estatutos o la ley común no prohíbe específicamente nuestro derecho a cobrar de estas otras fuentes.

Uso de tabaco o nicotina o uso del tabaco o nicotina significa el uso de *tabaco o nicotina* por individuos que pueden legalmente usar *tabaco o nicotina* bajo la ley federal y estatal en promedio cuatro o más veces por semana, y en un plazo no mayor de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de que este *contrato* fuera completado por el *afiliado*, inclusive todos los productos de *tabaco y nicotina*, los cigarrillos electrónicos o los dispositivos de vaping (inhalar y exhalar el vapor de un cigarrillo electrónico), pero excluyendo los usos religiosos y ceremoniales del *tabaco*.

Estimulación magnética transcraneal (TMS, siglas en inglés) es un procedimiento no invasivo en el que se utiliza un campo magnético cambiante para hacer que la corriente eléctrica fluya en una pequeña región específica del cerebro a través de la inducción electromagnética.

Servicios no comprobados significa servicios, inclusive medicamentos, que no se haya determinado que son eficaces para el tratamiento de la afección, y/o no tienen un efecto beneficioso en los resultados de la salud, debido a insuficiencia o inadecuada evidencia clínica de *ensayos controlados, aleatorizados bien dirigidos o estudios de grupos bien dirigidos* en la literatura médica revisada por colegas imperante.

1. “*Ensayos controlados, aleatorizados, bien dirigidos*” significa que dos o más tratamientos se comparan entre sí, y al paciente no se le permite escoger cuál tratamiento recibir.
2. “*Estudios de grupos bien dirigidos*” significa que los pacientes que reciben el tratamiento del estudio se comparan con un grupo de pacientes que reciben el tratamiento estándar. El grupo de comparación debe ser casi idéntico al grupo de tratamiento del estudio.

Centro de cuidado urgente significa una *instalación*, no incluye una sala de emergencia de *hospital* o un consultorio del *proveedor*, que proporciona tratamiento o servicios que son requeridos:

1. Para prevenir deterioro grave de la salud de un *afiliado*; y

2. Como resultado de una *enfermedad, lesión imprevista*, o el inicio de síntomas agudos o graves.

Revisión de la utilización significa un proceso usado para controlar el uso de, o evaluar la necesidad clínica, conveniencia, eficacia, o eficiencia de, servicios, procedimientos, u opciones de atención médica. Las áreas de revisión pueden incluir revisión ambulatoria, *autorización previa*, revisión futura, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, *administración de la atención*, planificación del alta, o revisión retrospectiva.

COBERTURA DE AFILIADOS DEPENDIENTES

Elegibilidad de afiliados dependientes

Sus *afiliados dependientes* se vuelven elegibles para cobertura bajo este *contrato* en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha que usted inició su cobertura bajo este *contrato*;
2. La fecha del matrimonio para añadir un cónyuge;
3. La fecha del nacimiento de un recién nacido elegible; o
4. La fecha que un menor adoptado es puesto con el *afiliado* para el propósito de adopción o el *afiliado* asume el apoyo financiero total o parcial del menor;
5. La fecha en que un menor acogido es asignado bajo su custodia; o
6. La fecha en que se establece una pareja de hecho, de acuerdo con la ley estatal.

Fecha de vigencia para afiliados dependientes iniciales

Los *afiliados dependientes* incluidos en la solicitud de afiliación inicial de este contrato estarán cubiertos en su fecha de *entrada en vigencia*.

Cobertura para un menor recién nacido

Un *menor elegible* nacido de usted o de un miembro de la familia cubierto estará cubierto desde el momento del nacimiento hasta el día 31 después de su nacimiento, a menos que hayamos recibido aviso de la entidad en la que se ha afiliado (ya sea el Mercado de seguros de salud o nosotros). Cada tipo de *servicio cubierto* en el que incurra el recién nacido estará sujeto a la cantidad de costo compartido que aparece en el *Programa de Beneficios*.

Se requerirá prima adicional para continuar la cobertura que vaya más allá del día 31 después de la fecha de nacimiento. La prima requerida se calculará desde la fecha de nacimiento del menor. Si la notificación del recién nacido la recibimos del Mercado de seguros de salud dentro de los 31 días de su nacimiento, se cobrará una prima adicional para cobertura del menor recién nacido por un período no inferior a 31 días después del nacimiento del menor. Si la notificación no se recibe dentro de los 31 días del nacimiento, cobraremos una prima adicional desde la fecha de nacimiento. Si la notificación es proporcionada por el Mercado de seguros de salud dentro de 60 días del nacimiento del menor, nosotros no podríamos negar la cobertura del menor debido a la falla en notificarnos del nacimiento del menor o para preafiliar al menor. La cobertura del menor terminará el día 31 después de su nacimiento, a menos que nosotros hayamos recibido aviso de la entidad en la cual usted está afiliado(a) (ya sea el Mercado de seguros de salud o nosotros).

Cobertura para un menor adoptado

Un *menor elegible* puesto legalmente para adopción con usted o con su *cónyuge* estará cubierto desde la fecha de *colocación* hasta el día 31 después de la *colocación*, a menos que la *colocación* se interrumpa antes de la adopción legal y el menor sea retirado de su tutela o la de su *cónyuge*.

El menor estará cubierto por *pérdida debida a lesión y enfermedad, inclusive el cuidado médicamente necesario* y el tratamiento de afecciones previas existentes a la fecha de *colocación*.

Se requerirá prima adicional para continuar la cobertura que vaya más allá del día 31 después de la *colocación* del menor y cuando hayamos recibido notificación del Mercado de seguros de salud. La prima requerida se calculará desde la fecha de *colocación* del menor. La cobertura del menor terminará el día 31 después de *la colocación*, a menos que nosotros hayamos recibido ambas: (A) Notificación de la adición del menor del Mercado de seguros de salud dentro de los 60 días del nacimiento o colocación; y (B) cualquier prima adicional requerida para la adición del menor dentro de los 90 días de la fecha de *colocación*.

Tal como se usa en esta provisión, “*colocación*” significa la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha que usted o su *cónyuge* asume la tutela física del menor para el propósito de adopción; o
2. La fecha de ingreso de una orden otorgando a usted o a su *cónyuge* la tutela del menor para el propósito de adopción, y todo menor para quien usted sea una parte en un proceso en el cual la adopción del menor se solicita.

Adición de otros afiliados dependientes

Si usted está inscrito en un plan comprado directamente a la compañía aseguradora, y solicita por escrito, o directamente en enroll.ambetterhealth.com, añadir a un *afiliado dependiente* y usted paga las primas requeridas, nosotros le enviaremos a usted la confirmación por escrito de *la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado dependiente* y la tarjeta de identificación de *afiliado* para el *afiliado dependiente*.

ELEGIBILIDAD CONTINUA

Se hace notar que: Usted y sus *afiliados dependientes* deben residir, vivir o trabajar en el *área de servicio* donde se emite el *contrato*. Además, usted y sus *afiliados dependientes* deben vivir en la misma *residencia*.

Para todos los afiliados

La elegibilidad de un *afiliado* para cobertura bajo este *contrato* terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha en la que un *afiliado* deja de estar dentro del Periodo de Gracia por no haber efectuado el pago a tiempo. Consulte la provisión del Periodo de Gracia para obtener más detalles;
2. El *afiliado* principal reside fuera del *área de servicio* o se muda permanentemente fuera del *área de servicio de este contrato*;
3. La fecha que el *afiliado* haya realizado un acto o práctica que constituya fraude o hecho una tergiversación intencional de un hecho material;
4. La fecha de terminación que el Mercado de seguros de salud nos proporciona tras su solicitud de cancelación para el Mercado de seguros de salud, o si usted se afilió directamente con nosotros, la fecha que nosotros recibamos su solicitud para terminar este *contrato*, o cualquier fecha posterior establecida en su solicitud;
5. La fecha que nosotros declinamos renovar este *contrato*, tal como se establece en la provisión de discontinuación; o
6. La fecha de fallecimiento de un *afiliado*.

Para los afiliados dependientes

Un *afiliado dependiente* dejará de ser un *afiliado* al final del período de primas en el cual él/ella deja de ser su *afiliado dependiente*. Para los *menores elegibles*, la cobertura terminará el día 31 de diciembre del año que el dependiente cumpla 26 años de edad.

Un *afiliado* no dejará de ser un *menor elegible dependiente* únicamente debido a la edad si el *menor elegible* es:

1. Incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a retardo mental o discapacidad física; y
2. Depende principalmente de usted para apoyo y mantenimiento.

Si tiene modificaciones materiales (ejemplos incluyen cambio en un evento de vida tal como un matrimonio, fallecimiento, u otro cambio en el estado de la familia), o preguntas relacionadas con su cobertura, comuníquese con el Mercado de seguros de salud (Marketplace) en www.healthcare.gov o 1-800-318-2596. Si está afiliado a través de Ambetter, comuníquese al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Cobertura previa

Si un *afiliado* está confinado como *paciente internado en un hospital* en la *fecha de vigencia* de este *acuerdo*, y la cobertura previa que termina inmediatamente antes de la *fecha de vigencia* de este *acuerdo* suministra beneficios para la hospitalización después de la terminación de la cobertura previa, en ese caso los servicios y beneficios no estarán cubiertos conforme a este *acuerdo* para ese *afiliado* hasta que el *afiliado* es dado de alta del *hospital* o los beneficios conforme a la cobertura anterior se agoten, lo que suceda primero. "Dar de alta" significa la salida formal de un afiliado de una hospitalización cuando ha concluido la

necesidad de continuar la atención médica en un hospital. Los traslados de un hospital a otro no se considerarán como un alta.

Si no hay ninguna cobertura previa o no hay continuación de la cobertura de pacientes hospitalizados después de la *fecha de entrada en vigencia*, su cobertura de Ambetter se aplicará para los *servicios cubiertos* relacionados con la cobertura de pacientes hospitalizados después de su *fecha de entrada en vigencia*. La cobertura de Ambetter requiere que usted informe a Ambetter dentro de dos días de su *fecha de vigencia* para que podamos revisar y autorizar los *servicios médicamente necesarios*. Si los servicios son en un *Hospital* no contratado, los reclamos serán pagados por la cantidad autorizada por Ambetter y se le puede facturar a usted por cualquier balance de los costos que excedan lo autorizado por Ambetter.

Afiliación abierta

Habrà un período de afiliación abierta para cobertura en el Mercado de seguros de salud. El período de afiliación abierta comienza el 1 de noviembre de 2022 y se extiende hasta el 15 de enero de 2023. *Los individuos calificados* que se inscriben el o antes del 15 de diciembre de 2022, tendrán una *fecha de entrada en vigencia* de la cobertura a partir del 1 de enero de 2023.

El Mercado de seguros de salud puede proporcionar una *fecha de vigencia* de cobertura para un *individuo calificado* antes de lo especificado en los párrafos de arriba, siempre que:

1. El *individuo calificado* no haya sido determinado elegible para *crédito fiscal para las primas por adelantado y reducciones de costo compartido*; o
2. El *individuo calificado* paga la *prima completa* por el primer mes parcial de cobertura así como todos los *costos compartidos*, renunciando de esa manera al beneficio de pagos de *crédito fiscal para las primas por adelantado y reducciones de costo compartido* hasta el primero del siguiente mes. Nosotros enviaremos por escrito la notificación de afiliación abierta anual a *cada afiliado* no antes del primero de septiembre y no después del 30 de septiembre.

Afiliación especial

Un *individuo calificado* tiene 60 días para informar un evento que califica al Mercado de seguros de salud o utilizando la herramienta de *Inscripción directa mejorada* de Ambetter, y podría ser otorgado un período de inscripción especial de 60 días como resultado de uno de los eventos siguientes:

1. Un *individuo calificado* o *dependiente* experimenta una pérdida de *cobertura mínima esencial*, cobertura de seguro de salud grupal o individual de año no calendario, cobertura relacionada con el *embarazo*, acceso a servicios de atención médica a través de cobertura proporcionada para un bebé en gestación de una *afiliada embarazada*, o cobertura necesaria desde el punto de vista médico;
2. Un *individuo calificado* gana un *dependiente* o se vuelve un *dependiente* a través de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en hogar sustituto, o una orden de manutención infantil u otra orden judicial. En el caso del matrimonio, al menos uno de los *cónyuges* debe demostrar que tiene cobertura esencial mínima como se describe en 26 CFR § 1.5000A-1(b) para uno o más días durante los 60 días precedentes a la fecha del matrimonio;
3. Un *individuo calificado* o *dependiente*, quien previamente no era un ciudadano, nacional, o individuo legítimamente presente, que obtiene dicho estatus; o que ya no está encarcelado o cuya encarcelación esté pendiente de la disposición de acusaciones;

4. La afiliación o no afiliación de un *individuo calificado* en un plan es involuntario, inadvertido, o erróneo y es el resultado del error, tergiversación, o inactividad de un funcionario, empleado, o sus agencias como evaluado y determinado por el Mercado de seguros de salud;
5. Un *afiliado* o *dependiente* demuestra adecuadamente ante el Mercado de seguros de salud que el plan en el cual él o ella está afiliado(a) sustancialmente violó una provisión material de su *contrato* en relación con el *afiliado*;
6. Un *individuo calificado*, *afiliado* o *dependiente*, demuestra adecuadamente al Mercado de Seguros de Salud que un error material relacionado con los beneficios del plan, el *área de servicio* o la prima influyó en la decisión del *individuo calificado* o del *afiliado* de comprar el *QHP*;
7. Se determina que un *individuo calificado* o *dependiente* inscrito en el mismo plan es recientemente elegible o recientemente no elegible para los *créditos fiscales para las primas por adelantado* o tiene un cambio en la *elegibilidad* para las *reducciones de costos compartidos*;
8. Se determina que un *individuo calificado* o *dependiente* que está inscrito en un plan patrocinado por un empleador elegible como recientemente elegible para los *créditos fiscales para las primas por adelantado* basados en parte en la conclusión de que dicho individuo no es elegible para la cobertura calificada en un plan patrocinado por un empleador elegible de acuerdo con 26 CFR §1.36B-2(c)(3);
9. Un *individuo calificado*, *afiliado* o *dependiente* obtiene *acceso* a un nuevo *QHP* como resultado de una mudanza permanente, y tuvo una cobertura esencial mínima según lo descrito en 26 CFR 1.5000A-1(b) durante uno o más días durante los 60 días anteriores a la fecha de la mudanza permanente;
10. Un *individuo calificado* o *dependiente* que adquiera o mantenga su condición de miembro de una tribu India Americana, tal como se define en la sección 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Indios, puede inscribirse en un plan o cambiar de un plan a otro una vez al mes;
11. Un *individuo* o *afiliado calificado* demuestra ante el Mercado de seguros de salud, de acuerdo con las guías emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), que el individuo cumple con otras circunstancias excepcionales que el Mercado de seguros de salud podría proporcionar;
12. Un *individuo calificado* o dependiente es una víctima de abuso doméstico o abandono conyugal como se define en el 26 CFR 1.36B-2, y desea inscribirse en la cobertura separada del autor del abuso o abandono;
13. Se determina que un *individuo calificado*, *afiliado* o dependiente es potencialmente elegible para Medicaid o para el Programa de seguro de salud infantil (CHIP, siglas en inglés), pero posteriormente se determina que no es elegible después de que el período de inscripción abierta haya terminado, o más de 60 días después del evento de calificación; o solicita la cobertura en la agencia estatal de Medicaid o CHIP durante el periodo anual de inscripción abierta, y se determina que no es elegible para Medicaid o CHIP una vez finalizada la inscripción abierta;
14. Un *individuo calificado* que accede por primera vez a un Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) patrocinado por el empleador (tal como se define en 45 CFR 146.123(b)) o a un Acuerdo de reembolso de salud de pequeño empleador calificado (QSHRA, por sus siglas en inglés) (tal como se define en la sección 9831(d)(2) del Código de Impuestos Internos);
15. A opción del Mercado de seguros de salud, un *individuo calificado* proporciona pruebas documentales satisfactorias para verificar su elegibilidad para un programa de asequibilidad de seguro o afiliación en un plan a través del Mercado de seguros de salud después de la terminación

de la afiliación en el Mercado debido a la falla para verificar dicho estado dentro del período de tiempo especificado en 45 CFR § 155.315, o se encuentra por debajo del 100 por ciento del nivel federal de pobreza, y no se afilió en la cobertura mientras esperaba que HHS verificara su ciudadanía, estado como un nacional, o presencia legal;

16. *Un individuo calificado o dependiente* está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA para la cual un empleador está pagando la totalidad o parte de las primas, o para la cual una entidad gubernamental está proporcionando subsidios, y el empleador cesa completamente sus contribuciones o los subsidios del gobierno cesan completamente; y
17. Sujeto a la disponibilidad de subsidios fiscales mejorados, un *individuo o afiliado calificado*, o su *dependiente* que es elegible para los pagos anticipados del crédito fiscal de la prima, y cuyo ingreso familiar se espera que no sea mayor que el 150 por ciento del nivel federal de pobreza.

Para determinar si usted es elegible y solicitar un período de inscripción especial, visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) y busque "*período de inscripción especial*". El Mercado de Seguros de Salud es responsable de todas las decisiones de elegibilidad e inscripción de los afiliados que se inscribieron a través del Mercado.

Si actualmente está inscrito en Ambetter from Superior HealthPlan, comuníquese con Servicios para los Afiliados llamando al 1-877-687-1196 con cualquier pregunta relacionada con su cobertura de seguro de salud

Fechas efectivas de cobertura para los periodos especiales de inscripción

Fechas efectivas regulares. Excepto en los casos que se especifican a continuación, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la selección del plan.

Fechas efectivas especiales. En caso de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en un hogar de acogida, la cobertura es efectiva para un *individuo calificado o afiliado* en la fecha de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en un hogar de acogida. En caso de matrimonio, o en el caso de que un *individuo calificado* pierda la cobertura mínima esencial, la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente.

En caso de inscripción errónea, violación del contrato o circunstancias excepcionales, la cobertura entra en vigor en una fecha apropiada basada en las circunstancias del periodo de inscripción especial, de acuerdo con las directrices publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Dicha fecha debe ser (i) la fecha del evento que desencadenó el periodo de inscripción especial o (ii) de acuerdo con las *fechas efectivas* habituales.

Si un *individuo calificado, afiliado o dependiente* pierde la cobertura, obtiene acceso a un nuevo QHP, recientemente se convierte en elegible para la inscripción en un QHP, recientemente se convierte en elegible para los pagos anticipados del impuesto a la prima en conjunción con un traslado permanente, o está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA y las contribuciones del empleador o los subsidios del gobierno cesan por completo, y si la selección del plan se hace en o antes del día del evento desencadenante, el Mercado de Seguros de Salud debe garantizar que la *fecha efectiva* de la cobertura sea el primer día del mes siguiente a la fecha del evento

desencadenante. Si la elección del plan se realiza después de la fecha del hecho desencadenante, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Si un *individuo calificado, un afiliado o un dependiente* recientemente obtiene acceso a una ICHRA o recientemente se le proporciona una QSEHRA, y si la selección del plan se realiza antes del día del evento desencadenante, la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha del evento desencadenante o, si el evento desencadenante es el primer día de un mes, en la fecha del evento desencadenante. Si la selección del plan se realiza el día del evento desencadenante o después, la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la selección del plan.

Si un *individuo calificado, afiliado o dependiente* no recibió una notificación oportuna de un evento que desencadena la elegibilidad para un período de inscripción especial, y de otra manera no era razonablemente consciente de que un evento de calificación ocurrió, el Mercado de Seguros de Salud debe permitir que el *individuo calificado, afiliado o dependiente* seleccione un nuevo plan dentro de los 60 días de la fecha en que él o ella sabía, o razonablemente debería haber sabido, de la ocurrencia del evento desencadenante. Además, a elección del *individuo calificado, afiliado o dependiente*, el Mercado de Seguros de Salud debe ofrecer el primer plan efectivo que hubiera estado disponible, en función del acontecimiento desencadenante aplicable.

PRIMAS

Pago de primas

Cada prima se paga antes o el propio día de la fecha límite. 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 a la prima anticipada*.

Nosotros continuaremos pagando todas las reclamaciones apropiadas por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el primero y segundo mes del período de gracia, y podrían seguir pendientes las reclamaciones por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* en el tercer mes del período de gracia. Nosotros notificaremos al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el afiliado está en el tercer mes del período de gracia. Nosotros continuaremos recopilando los *créditos fiscales para las primas por adelantado* del Departamento del Tesoro en nombre del *afiliado* y devolveremos los *créditos fiscales para las primas por adelantado* en nombre del *afiliado* por el segundo y tercer mes del período de gracia si el *afiliado* agota su período de gracia como se describe arriba. Un *afiliado* no es elegible para volverse a afiliarse una vez ésta se haya vencido, 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.

Pago por terceros de la prima o costo compartido

Nosotros requerimos que cada *afiliado* pague sus primas y esto se comunica en sus declaraciones de facturación mensualmente. Nuestras normas de pago se desarrollaron basadas en la guía de recomendaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés) contra la aceptación de primas de *terceras partes*. Conforme a la guía de CMS, las siguientes son las ÚNICAS terceras partes aceptables que pueden pagar las primas de Ambetter en su nombre:

1. El Programa de VIH/SIDA Ryan White bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. Organizaciones tribales y de tribus indias, u organizaciones indígenas urbanas;
3. Programas gubernamentales federales y estatales;
4. Miembros de la familia;
5. Un empleador para un empleado bajo un plan de Cuenta de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) o Cuenta de Reembolso de Salud de Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA, por sus siglas en inglés); o
6. Fundaciones privadas, sin fines de lucro las cuales no tienen incentivo de ganancia financiera, sin relaciones financieras, o afiliación con *proveedores de servicios y suministros cubiertos* en nombre de *afiliados*, donde la elegibilidad se determina basándose en criterios definidos sin tener en cuenta el estado de salud, y donde los pagos se realizan por anticipado por un período de cobertura desde la *fecha de vigencia* de la elegibilidad hasta el resto del año de calendario.

Al descubrir que las primas fueron pagadas por una persona o entidad diferente a las listadas anteriormente, nosotros rechazaremos el pago e informaremos al *afiliado* que el pago no fue aceptado y que las primas permanecen pendientes.

Error en la edad

Si la edad de un *afiliado* ha sido tergiversada, la prima del *afiliado* puede ajustarse a lo que ésta debería haber sido basándose en la edad actual del *afiliado*, *tenemos* el derecho de regresar *el contrato a la fecha de vigencia* original.

Cambio o error en la residencia

Si usted cambia su *residencia*, *usted* debe notificar al Mercado de Seguros de Salud de su nueva *residencia* dentro de los 60 días del cambio. Como resultado su prima puede cambiar y usted puede ser elegible para un período especial de afiliación. Para obtener más información, consulte la disposición sobre los periodos especiales de inscripción.

Error en la información del uso de tabaco o nicotina

La respuesta a la pregunta acerca del tabaco o *nicotina* que se encuentra en la solicitud de afiliación es material para suscribir *nuestra* póliza correctamente. Si el *uso de tabaco o nicotina de un afiliado* ha sido tergiversado en la solicitud del *afiliado* para la cobertura bajo este *contrato*, *tenemos* el derecho de reevaluar el contrato a la *fecha de vigencia* original.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS

Características de los costos compartidos

Nosotros pagaremos los beneficios por los *servicios cubiertos* como se describe en las secciones *Programa de beneficios* y *Servicios cubiertos* de este *contrato*. Todos los beneficios que pagamos estarán sujetos a todas las condiciones, limitaciones y características de costos compartidos de este *contrato*. *Costo compartido* significa que usted participa o comparte el costo de sus servicios de atención médica pagando las cantidades *deducibles*, *copagos* y *coaseguro* por algunos *servicios cubiertos*. Por ejemplo, es posible que usted necesite pagar un *deducible*, una cantidad de *copago* o *coaseguro* cuando visite a su *médico* o sea admitido en el *hospital*. El *copago* o *coaseguro* requerido por cada tipo de servicio así como su *deducible* se lista en su *Programa de Beneficios*.

Cuando usted, o un dependiente cubierto, recibe servicios de atención médica de un *proveedor*, puede haber múltiples reclamos por ese episodio de atención. Por episodio de atención se entiende los servicios prestados por un *centro* o *proveedor* de atención médica para tratar un problema o una *enfermedad*. Cada reclamo que recibimos por servicios cubiertos por este *contrato* se adjudica o procesa a medida que los recibimos. La cobertura sólo se proporciona para los *gastos por servicios elegibles*. Cada solicitud de reembolso recibida se procesará por separado según la participación en los gastos que se indica en el *contrato* y en su *Programa de Beneficios*.

Deducibles

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 *afiliado* 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 *deducible* “individual” serán aplicados hacia la cantidad *deducible* “familiar” mostrada en su *Programa de Beneficios*.
2. Cuando se alcanza esa cantidad *deducible* familiar, no tendrán que pagarse *deducibles* individuales adicionales por el resto del año de calendario. Ningún *afiliado* contribuirá más de la cantidad *deducible* individual a la cantidad deducible “familiar”.

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

Copagos

El *copago* suele ser una cantidad fija en dólares que se paga en el momento del servicio. Se puede exigir a los *afiliados* que paguen *copagos* a un proveedor cada vez que se presten servicios que requieran un *copago*. Los *copagos*, tal y como se indica en el *Programa de Beneficios*, se deben pagar en el momento de

recibir el servicio. El pago de un *copago* no excluye la posibilidad de que un proveedor le facture a usted por cualquier servicio no cubierto. Los *copagos* no cuentan ni se aplican a la *cantidad deducible*, pero sí se aplican a la *cantidad máxima de gastos de su bolsillo*.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el *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 servicio elegible*.

Cuando se alcanza la cantidad anual máxima de su 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 que no pertenece a la red.

Consulte la(s) *cantidad(es) deducible(s) aplicable(s)*, las *cantidades de coaseguro* y las *cantidades de copago* en su *Programa de Beneficios*.

Responsabilidad y facturación de balance o saldo de los proveedores que no pertenecen a la red

Si recibe servicios de un *proveedor que no pertenece a la red*, es posible que tenga que pagar más por los servicios que reciba. Los *proveedores que no pertenecen a la red* pueden facturarle la diferencia entre lo que acordamos pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se conoce como facturación del balance o saldo. Esta cantidad es probablemente superior a los *costos de la red* para el mismo servicio y podría no contar para su *límite anual máximo de gastos de su bolsillo*.

Cuando recibe atención en un centro *de la red*, es posible que algunos proveedores que trabajan en el hospital (por ejemplo, cirujanos asistentes, médicos internistas e intensivistas) no tengan contrato con nosotros como *proveedores de la red*. Le recomendamos que se informe sobre los proveedores que le atenderán antes de comenzar su tratamiento, para que pueda conocer su situación de participación en la red con nosotros.

Como *afiliado*, los *proveedores que no pertenecen a la red* no deben facturarle por los *servicios cubiertos* una cantidad superior a sus responsabilidades de *costo compartido de la red* cuando:

1. Recibe un *servicio de emergencia* o un servicio de ambulancia aérea cubierto de un *proveedor que no pertenece a la red*. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que el *proveedor que no pertenece a la red* obtenga su consentimiento por escrito.
2. Recibe servicios auxiliares no urgentes (medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, así como servicios de diagnóstico (incluidos los servicios de radiología y laboratorio)) de un *proveedor que no pertenece a la red* en un *hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red*.
3. Recibe otros servicios que no sean de emergencia de un *proveedor que no pertenece a la red* en un *hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red*, a menos que el *proveedor que no pertenece a la red* obtenga su consentimiento por escrito.

Cambiar el deducible

Usted puede aumentar el *deducible* a una cantidad actualmente disponible solamente si se afilia a través de un período especial de afiliación. Una solicitud para un aumento en el *deducible* entre el primero y el día quince del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el día 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 del beneficio no calificarán como *gastos por servicios cubiertos* bajo cualquier otra provisión de beneficio de este *contrato*.

ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Referencia de HMO

La *referencia* de HMO es una recomendación formal hecha por su *médico de atención primaria (PCP)* para consultar con un *especialista* de la red u otros *proveedores* para servicios de atención médica adicionales considerados *médicamente necesarios*. Se requiere una *referencia* antes de una consulta en persona que no sea de emergencia con un profesional fuera de su *PCP*. Si no se obtiene una *referencia*, se denegará la cobertura de los beneficios o es posible que los *afiliados* no puedan programar una cita.

Se requieren referencias para todos los servicios de atención médica *necesarios desde el punto de vista médico* que no sean proporcionados por su *PCP*, excluyendo la *atención de emergencia*, para la salud del comportamiento y para los *trastornos por el uso de sustancias*. Si no se obtiene una referencia para la atención no urgente, se denegarán los servicios. La *atención de emergencia* no requiere una referencia ni es necesario que esté dentro de la red. No se requiere una referencia para el obstetra/ginecólogo, los proveedores para la salud del comportamiento o los *trastornos por el uso de sustancias*.

Los servicios prestados por un *especialista* pueden tener un mayor costo de bolsillo para el *afiliado* que los servicios recibidos de un *PCP*.

Si tiene más preguntas, comuníquese con Servicios para los Afiliados llamando al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Continuación de la atención y Circunstancias Especiales

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 terminan debido a un cambio en los términos de la participación del *proveedor o centro*, en lo que respecta al beneficio que el afiliado está recibiendo, el *proveedor o centro* debe identificar y solicitar que a los *afiliados* que experimentan circunstancias especiales se les permita continuar el tratamiento bajo su cuidado. Por circunstancias especiales se entienden las afecciones 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. Los ejemplos incluyen, las discapacidades, las enfermedades agudas, las que ponen en peligro la vida, o si se ha sobrepasado la 24ª semana de embarazo y el periodo obligatorio asociado. La cobertura se extenderá hasta el parto y se aplicará a la atención posparto inmediata y a un control de seguimiento dentro del periodo de seis semanas posterior al parto.

Además, (1) informaremos oportunamente a cada afiliado que sea *paciente con atención continua* de la finalización y de su derecho de recibir atención transitoria continuada por parte del proveedor o centro; (2) proporcionaremos al *proveedor* individual la oportunidad de informar al plan de salud de la necesidad de atención transitoria de la *persona*; y (3) permitiremos que el individuo elija continuar con sus beneficios para el curso del tratamiento relacionado con el estatus del individuo como *paciente con atención continua* durante el período que comienza en la fecha en que se proporciona la notificación anterior y que termina después de (i) el período de 90 días que comienza en dicha fecha; (ii) el período de 9 meses para un *afiliado* al que se le haya diagnosticado una enfermedad terminal en el momento de la terminación del *proveedor*; o (iii) la fecha en que dicho individuo ya no es un paciente con atención continua con respecto a su *proveedor o centro*.

Servicios que no son de emergencia

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

Servicios de emergencia fuera del área de servicio

Nosotros cubrimos los servicios de atención de emergencia cuando está fuera de nuestra área de servicio. Si está temporalmente fuera del área de servicio y tiene una emergencia médica o de *salud del comportamiento*, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamarnos e informarnos de su emergencia en el plazo de un día hábil o tan pronto como sea razonablemente posible. No necesita *autorización previa* para los servicios de atención de emergencia.

Tecnología nueva

La tecnología de la salud siempre está cambiando. Si consideramos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros *afiliados*, lo evaluamos para la cobertura. Estos avances incluyen:

- Tecnología nueva
- Procedimientos médicos nuevos
- Medicamentos nuevos
- Dispositivos o aparatos nuevos
- Aplicación nueva de tecnología existente

A veces, *nuestro* director médico y/o el personal de administración médica identifican los avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros *afiliados*. El Comité de Política Clínica (Clinical Policy Committee, CPC) revisa las solicitudes de cobertura y decide si debemos cambiar alguno de nuestros beneficios para incluir la tecnología nueva.

Si el CPC no revisa una solicitud de cobertura de tecnología nueva, nuestro Director Médico revisará la solicitud y tomará una única determinación. El CPC puede entonces revisar la solicitud de tecnología nueva en una reunión futura.

Asociación preferida

A medida que las tecnologías y soluciones innovadoras se establecen en el mercado bajo investigación y desarrollo acelerados, podemos optar por ofrecer, a nuestra discreción, nuevos servicios o asociaciones preferidas diseñadas para mejorar el acceso a la atención y mejorar la administración de la atención. Ambetter proporcionará acceso a servicios de terceros a una tarifa preferida o con descuento. Las tarifas preferidas o con descuento a estos servicios pueden ser comunicadas a todos los *afiliados* por correo electrónico, correo o promociones telefónicas. Las asociaciones preferidas son beneficios opcionales para todos los *afiliados*.

Médico de atención primaria (PCP)

Todos los *afiliados* deben elegir un *médico 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 *médicos 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 *PCP*, los beneficios se limitarán a la cobertura para la *atención de emergencia*. Usted puede seleccionar a 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
- Enfermeros practicantes*.
- 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 *médico de atención primaria* en todos los asuntos relacionados con su atención médica. Si su *PCP* realiza, sugiere o recomienda un tratamiento que incluye *servicios que no están 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 Médico de Atención Primaria.

Especialista como Médico de Atención Primaria (PCP)

Si le han diagnosticado una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede comunicarse con Servicios para los Afiliados llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de *afiliado* para obtener la información que debe presentar para que le aprobemos la elección de un *especialista* participante como su *PCP*. Requerimos que tanto usted como el *especialista* participante interesado en servir como su *PCP* firmen una certificación de necesidad médica, para presentar junto con toda la documentación de apoyo. El *especialista participante* debe cumplir con nuestros requisitos de participación de *PCP* y estar dispuesto a aceptar la coordinación de todas sus necesidades de atención médica. Si su solicitud es denegada, puede apelar la decisión tal y como se describe en la provisión de Procedimientos de reclamos y apelaciones. Si se aprueba su solicitud, la designación del especialista como su *PCP* no tendrá efecto retroactivo.

Cómo comunicarse con su médico de atención primaria (PCP)

Para hacer una cita con su *PCP*, llame a su oficina durante el horario de trabajo y establezca una fecha y hora. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llame con 24 horas de antelación. En cada cita, asegúrese de traer su tarjeta de identificación de *afiliado* y una identificación con foto.

Si necesita atención fuera de las horas de consulta de su *PCP*, debe llamar al consultorio de su *PCP* para obtener información sobre cómo recibir atención después de las horas de consulta en su área. Si tiene un problema o una pregunta médica urgente o no puede comunicarse con su *PCP* durante las horas normales de oficina, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería 24/7 al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989). Un(a) enfermero(a) con licencia está siempre disponible y listo(a) para responder a sus preguntas de salud. En una emergencia, llame al 911 o acuda directamente a la sala de emergencia más cercana.

Su *PCP de la red* coordinará todos los servicios de atención médica cubiertos con otros *proveedores de la red*, si es necesario. Si los servicios de atención médica cubiertos *necesarios desde el punto de vista médico* no están disponibles a través de los *proveedores de la red*, a solicitud de un *PCP de la red*, dentro del tiempo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios de atención médica y su afección, pero en ningún caso exceder de cinco días laborables a partir de la recepción de la documentación razonablemente solicitada, podremos autorizar una referencia para un *proveedor que no pertenece a la red* y reembolsar totalmente al *proveedor que no pertenece a la red* al honorario usual y acostumbrado o al honorario acordado.

Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP)

Queremos que esté contento con la atención que recibe de su *PCP*. Su grupo de *PCP* “Ambetter Value Medical Group” es su grupo principal de proveedores - con quienes consulta para sus chequeos regulares. Puede consultar con cualquier proveedor dentro de su grupo de *PCP* sin tener que cambiar formalmente su *PCP*.

Autorización previa

Ambetter revisa los servicios para asegurarse de que la atención que recibe es la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La *revisión de la utilización* incluye:

- Revisión de pre-servicio - ocurre cuando un servicio médico ha sido pre-aprobado por Ambetter
- Revisión concurrente: se produce cuando se revisa un servicio médico en el momento en que se produce (por ejemplo, la estadía de un paciente hospitalizado o la admisión en un hospital)
- Revisión retrospectiva - ocurre después de que un servicio ya ha sido proporcionado.

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

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

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

Nosotros sugerimos que las solicitudes de *autorización previa* (para servicios médicos, farmacéuticos y para la salud del comportamiento) se nos hagan llegar por medio del portal de proveedores/efax/llamada telefónica como sigue:

1. Al menos cinco días previos a una admisión electiva como *paciente internado* en un *hospital*, *instalación de cuidado prolongado* o *de rehabilitación*, centro de tratamiento residencial o *centro de cuidados paliativos (hospicio)*.
2. Al menos 30 días previos a la evaluación inicial para servicios de trasplante de órganos.
3. Al menos 30 días previos para recibir servicios de ensayos clínicos.
4. Dentro de 24 horas de una admisión como *paciente internado*, inclusive admisiones como *paciente internado* emergente.
5. Al menos cinco días previos al inicio programado de los *servicios de atención médica en el hogar*, excepto aquellos *afiliados* que necesitan *servicios de atención médica en el hogar* después del alta del *hospital*.

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 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.

Se hace notar que: Para obtener más información sobre los requisitos de *autorización previa* e información sobre el proceso de *autorización previa*, visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Proceso de renovación de la autorización previa

La Administración Médica tramitará las solicitudes de renovación de la autorización previa al menos 60 días antes de la fecha de expiración de la misma. Como referencia en el proyecto de ley 3041 de la Legislatura 86 de Texas. Si el emisor recibe una solicitud de renovación antes de que expire la preautorización existente, el emisor debe, si es factible, revisar y emitir una determinación antes de que expire la preautorización existente.

Cómo obtener la autorización previa

Para obtener *autorización previa* o para confirmar que un *proveedor de la red* ha obtenido autorización previa, comuníquese con nosotros por teléfono al número telefónico listado en su tarjeta de identificación de afiliado antes de que el servicio o suministro se proporcione al *afiliado*.

Falta en obtener Autorización previa

El incumplimiento con los requisitos de *autorización previa* resultará 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 cuales ellos no obtuvieron la *autorización previa* tal como se requiere.

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.

La autorización previa no garantiza beneficios

Nuestra *autorización* no garantiza el pago de beneficios o la cantidad de beneficios y es sólo una declaración que los servicios propuestos son *necesarios y apropiados desde el punto de vista médico*. Si un *proveedor* tergiversa materialmente los servicios médicos o de atención médica propuestos, o ha fallado sustancialmente para realizar los servicios médicos o de atención médica propuestos, nosotros podemos negar o reducir el pago para el *proveedor*. La elegibilidad para y el pago de beneficios están sujetos a todos los términos y condiciones del *contrato*. No podemos denegar o reducir el pago al *médico* o *proveedor* una vez recibida la *autorización previa*.

Denegaciones de autorización previa

Consulte la sección de Procedimientos de Queja y Apelación de este *contrato* para obtener información sobre sus derechos de apelar una autorización denegada.

Proveedores basados en el hospital

Cuando reciba atención en un *hospital de la red*, es posible que algunos proveedores que trabajan en el *hospital* (por ejemplo, cirujanos asistentes, médicos internistas e intensivistas) no tengan contrato con nosotros como *proveedores de la red*. Si se le notifica 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 por aquellos servicios profesionales que no sean pagados o cubiertos por nosotros - esto se conoce como "*facturación del balance o saldo*". Le recomendamos que se informe sobre los proveedores que le atenderán antes de comenzar su tratamiento, para que pueda conocer su situación en la *red* con nosotros. Cualquier cantidad que esté obligado a pagar al *proveedor que no pertenece a la red* que exceda el *gasto elegible* no se aplicará a su *cantidad deducible* o a la *cantidad máxima de gastos de su bolsillo*.

No se le puede facturar el saldo de los servicios auxiliares que no sean de urgencia (medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología, neonatología, así como servicios de diagnóstico [incluidos los servicios de radiología y laboratorio]) recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* en un *hospital o centro ambulatorio de la red*. Si se le factura el balance en estas situaciones, comuníquese con Servicios para los Afiliados al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado.

SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS

Proporcionamos cobertura para los servicios de atención médica para usted o sus dependientes cubiertos cuando son ordenados o proporcionados por su *PCP*. Algunos servicios requieren *autorización previa*.

Los beneficios esenciales de salud están definidos por la ley federal y estatal y se refieren a los beneficios en al menos las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención de maternidad y de recién nacidos, servicios de salud mental y de *trastornos por uso de sustancias*, incluyendo el tratamiento para la *salud del comportamiento*, medicamentos recetados, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y administración de enfermedades crónicas y servicios pediátricos, incluyendo la atención oral y de la vista. Los beneficios de salud esenciales proporcionados dentro de este *contrato* no están sujetos a máximos de por vida o anuales en dólares. Sin embargo, algunos beneficios de salud no esenciales están sujetos ya sea a un máximo de por vida o anual en dólares.

Las *cantidades de copagos* deben ser pagadas a su *proveedor* al momento que usted reciba los servicios.

Todos los *servicios cubiertos* están sujetos a condiciones, exclusiones, limitaciones, términos y provisión de este *contrato*. Los *servicios cubiertos* deben ser *necesarios desde el punto de vista médico*, y no *experimentales* o en fase de *investigación*.

Limitaciones de los beneficios

Limitaciones pueden aplicar para algunos *servicios cubiertos* que caen bajo más de una categoría de *servicio cubierto*. Revise cuidadosamente todos los límites. Ambetter from Superior HealthPlan no pagará por ninguno de los servicios, tratamientos, artículos o suministros que excedan los límites de beneficio.

Servicios por lesión cerebral adquirida

Los beneficios por gastos 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 para una lesión cerebral adquirida puede ser proporcionado en un hospital, un hospital de rehabilitación para pacientes agudos y postagudos, un centro de enfermería especializado o cualquier otra instalación en la cual pueden proporcionarse servicios o tratamientos apropiados. Servicio significa el trabajo de pruebas, tratamiento, y proporcionar terapia para un individuo con una lesión cerebral adquirida. Terapia significa tratamiento reparador programado a través de la interacción directa con el individuo para mejorar un estado patológico resultante de una lesión cerebral adquirida.

Para garantizar que el tratamiento de cuidado postagudo apropiado se proporcione, este plan incluye cobertura por gastos relacionados con la reevaluación periódica del cuidado de un individuo cubierto quien:

1. Ha sufrido una lesión cerebral adquirida;
2. No ha respondido al tratamiento;
3. Está médicamente estable; y
4. Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado de atención postaguda, 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 establecimiento.

Atención médica de las alergias

Los *servicios cubiertos* para los análisis y el tratamiento deben ser proporcionados o coordinados por su PCP.

Servicios de ambulancia

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

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.

No se requiere *autorización previa* para el transporte de *emergencia* en ambulancia. **Nota:** El transporte en ambulancia que no sea de emergencia requiere *autorización previa*. A menos que las leyes federales o estatales exijan lo contrario, si recibe servicios que no son de emergencia de proveedores de ambulancias que *no pertenecen a la red*, puede ser responsable de los costos que superen la *cantidad permitida*.

Exclusiones:

Ningún beneficio será pagado por:

1. Gastos incurridos por servicios de ambulancia cubiertos por un cuerpo municipal o gubernamental local, a menos que de lo contrario sea requerido por la ley.
2. Los servicios de ambulancia proporcionados para la comodidad o conveniencia de un *afiliado*.
3. El transporte que no es de emergencia excluye a las ambulancias.

Beneficios del servicio de ambulancia aérea

Los *servicios cubiertos* incluirán los servicios de ambulancia para el transporte en ambulancia aérea 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*.

No se requiere *autorización previa* para el transporte de *emergencia* en ambulancia. Nota: No se le debe *facturar el saldo* por los servicios de un *proveedor* de ambulancias *que no pertenece a la red*, más allá de su *costo compartido*, para los servicios de ambulancia aérea.

Limitaciones: La cobertura de los servicios de ambulancia aérea se limita a los siguientes casos:

1. Servicios solicitados por las autoridades policiales o médicas en el lugar de la *emergencia*.
2. Aquellas situaciones en las que el *afiliado* se encuentre en un lugar al que no pueda llegar una ambulancia terrestre.
3. El transporte al *hospital* más cercano equipado y con personal para el tratamiento de la afección médica del *afiliado*.

Exclusiones:

Ningún beneficio será pagado por:

1. Gastos incurridos por servicios de ambulancia aérea cubiertos por un cuerpo municipal o gubernamental local, a menos que de lo contrario sea requerido por la ley.
2. Transporte médico aéreo que no sea de emergencia.
3. Transporte médico aéreo:
 - a. Fuera de los 50 Estados Unidos y el Distrito de Columbia;
 - b. Desde un país o territorio fuera de Estados Unidos a un lugar dentro de los 50 Estados Unidos o el Distrito de Columbia; o
 - c. Desde un lugar situado en los 50 Estados Unidos o el Distrito de Columbia hasta un país o territorio situado fuera de Estados Unidos.
4. Los servicios de ambulancia aérea proporcionados para la comodidad o conveniencia de un *afiliado*.
5. El transporte que no es de emergencia excluye a las ambulancias.

Beneficios para el trastorno del espectro autista

Los servicios generalmente reconocidos indicados en relación con el trastorno del espectro autista por su *PCP* en un plan de tratamiento recomendado por ese *médico* están cubiertos.

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*.

Los *gastos por servicios elegibles*, que de lo contrario están cubiertos bajo este *contrato*, están disponibles. Todas las provisiones de este *contrato* se aplicarán, inclusive pero sin limitarse a, términos definidos, limitaciones y exclusiones, límites máximos de beneficios y *autorizaciones previas*.

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

La cobertura descrita más abajo está diseñada para cumplir con los requisitos conforme a la Ley de Equidad de las Adicciones y Paridad en la Salud Mental de Paul Wellstone-Pete Domenici (Paul Wellstone-Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act) de 2008 así como con la Ley de la Cámara # 10 (House Bill 10), decretada por la legislatura 85 de Texas. Además, la cobertura se proporciona de acuerdo con la Sección 1355.254 del Código de Seguros de Texas (TIC §1355.254), que indica:

- (a) Un plan de beneficios de salud debe proporcionar beneficios y cobertura para las enfermedades de salud mental y los *trastornos por uso de sustancias* bajo los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y cobertura médica y quirúrgica del plan.
- (b) La cobertura conforme a la subsección (a) no puede imponer limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a los beneficios para una enfermedad de salud mental o un *trastorno por uso de sustancias* que sean generalmente más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a la cobertura de beneficios para gastos médicos o quirúrgicos.

Los servicios de salud mental se proporcionarán ya sea para paciente internado o ambulatorio e incluyen trastornos de salud mental. Estos trastornos afectan la capacidad del *afiliado* de hacerle frente a los requerimientos de la vida cotidiana. Si necesita tratamiento para la *salud mental* y/o *trastorno por el uso de*

sustancias, usted puede seleccionar a cualquier *proveedor* que participe en nuestra *red* para la salud del comportamiento. *Las cantidades de deducibles, copagos o de coaseguros* y los límites de tratamiento de los beneficios para la salud mental y trastornos por el uso de sustancias cubiertos se aplicarán en la misma manera que los beneficios para los servicios de salud física.

Los *servicios cubiertos* para la *salud mental* y el *trastorno por uso de sustancias* están incluidos en forma no discriminatoria para todos los *afiliados* para el diagnóstico y el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de trastornos mentales, emocionales o por el uso de sustancias como se define en este *contrato*.

Cuando se toman determinaciones de cobertura, nuestro personal de *Administración de la Utilización de la salud del comportamiento y el trastorno por uso de sustancias* emplea normas establecidas de nivel de atención y criterios de necesidad médica que se basan en las normas de práctica actualmente aceptadas y tienen en cuenta los requisitos legales y regulatorios. Ellos utilizan los criterios Change Healthcare InterQual para las determinaciones de salud mental y el *consumo de sustancias*. Los servicios siempre deberán proporcionarse en el ambiente clínicamente apropiado menos restrictivo. Cualquier determinación que los servicios solicitados *no son necesarios desde el punto de vista médico* se realizarán por un profesional de salud mental calificado y con licencia.

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. Estabilización de la crisis;
4. Rehabilitación para *paciente internado*;
5. *Instalación para tratamiento residencial* para la salud mental y el *trastorno por uso de sustancias*; y
6. 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 *neuro psicológica*;
5. *Análisis del comportamiento aplicado (ABA)* para el tratamiento de los *trastornos del espectro autista*;
6. *Servicios de telesalud* y *servicios médicos de 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 el *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).

Además, la Administración de atención integrada está disponible para todas sus necesidades de atención médica, inclusive para la *salud del comportamiento* y el *trastorno por uso de sustancias*. Llame al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY [1-800-735-2989]) para que lo refieran con un administrador de la atención para una evaluación.

Los *servicios cubiertos para la salud del comportamiento* son sólo para el diagnóstico o tratamiento de las afecciones de salud mental, y para el tratamiento de uso de sustancias/dependencia química.

Los gastos para estos servicios están cubiertos, si *son necesarios desde el punto de vista médico* y pueden estar sujetos a una *autorización previa*. Para obtener más información respecto a los servicios que requieren *autorización previa* y límite de beneficios específicos, si hay alguno, consulte su *Programa de Beneficios*.

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. Consulte el *Programa de Beneficios* para los niveles de beneficio o límites adicionales. *Los gastos por servicios cubiertos* están sujetos a todos los demás términos y condiciones del *contrato*, incluidos la *cantidad de deducible* y las provisiones de *costos compartidos*.

Servicios de diálisis

Los servicios de diálisis agudos y crónicos *necesarios desde el punto de vista médico* son *servicios cubiertos* a menos que otra cobertura sea primaria, tal como Medicare para diálisis. Hay dos tipos de tratamiento que se le proporcionan si usted cumple con los criterios para tratamiento. Usted puede recibir hemodiálisis en una *instalación* para diálisis de la red, o diálisis peritoneal en su casa de un *proveedor de la red* cuando califica para diálisis en casa.

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.

Después de recibir la capacitación adecuada en una *instalación para diálisis de la red*, cubriremos el equipo y los suministros médicos que usted o su cuidador necesiten para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en casa. La cobertura se limita al artículo estándar de equipo o suministros que cumplan adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros determinaremos si el equipo está disponible para alquilarlo o comprarlo. A nuestra opción, podemos *autorizar* la compra del equipo en lugar de alquilarlo, si se estima que el precio del alquiler excede el precio de compra del equipo, pero sólo de un *proveedor* que nosotros autoricemos

antes de la compra.

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, resonancias magnéticas (RM), tomografías computarizadas (TC), tomografía por emisión de positrones (PET)/tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), mamografías, ecografías) cuando los ordene, autorice o coordine su *PCP* y se proporcionen a través de *un centro de la red*. Es posible que se requiera autorización previa; consulte su *Programa de Beneficios* para obtener más detalles. Nota: Depende del servicio prestado, se puede incurrir en dos facturas - ambas sujetas a cualquier *costo compartido* aplicable - una para el componente técnico (el procedimiento en sí) y otra para el componente profesional (la lectura/interpretación de los resultados por un médico u otro profesional calificado).

Atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental

Beneficios para atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental

El plan proporciona cobertura para emergencias médicas siempre que ocurran. 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, comuníquese con su *proveedor de la red* o profesional para la *salud del comportamiento* antes de acudir a la sala de emergencia/sala de tratamiento del *hospital*. Ellos pueden ayudarle a determinar si usted necesita *atención de emergencia* o tratamiento de una *lesión* accidental y recomendar esa atención. Si no es razonablemente posible, acuda a la *instalación* de emergencia más cercana, ya sea que la *instalación* sea de la *red* o no.

Independientemente si requiere hospitalización o no, usted debe avisar a su *PCP* o profesional para la *salud del comportamiento* dentro de un lapso de 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, de un tratamiento médico de emergencia para que él/ella pueda recomendar la continuación de cualquier servicio médico necesario.

Todo tratamiento recibido de un *proveedor que no pertenece a la red* por una afección médica de emergencia antes de la estabilización, y los servicios incluidos originados en una *instalación* de emergencia después del tratamiento o estabilización de una afección médica de emergencia, serán tratados como *servicios cubiertos* recibidos de un *proveedor de la red*.

El tratamiento proporcionado por *proveedores que no pertenecen a la red* después de la estabilización de una afección médica de emergencia, y que no se origina en la *instalación* de emergencia, requiere *autorización previa*. Facilitaremos la transferencia hacia una *instalación de la red* para el cuidado necesario de un *paciente internado* después de la estabilización de una afección médica de emergencia tratada en una *instalación* fuera de la *red*. Infórmenos tan pronto como sea razonablemente posible sobre el tratamiento recibido por una afección médica de emergencia. A menos que sea autorizado por nosotros, los servicios recibidos de un *proveedor que no pertenece a la red* después de la estabilización de una afección médica de emergencia no son *servicios cubiertos*.

Servicios en la sala de emergencia

En una situación de emergencia (cualquier situación que pueda poner en peligro su vida (o la vida de su feto), debe llamar al 911 o acudir directamente a la sala de emergencia más cercana. Cubrimos servicios médicos de emergencia y para la *salud del comportamiento* tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio. Cubrimos estos servicios 24 horas al día, 7 días a la semana.

Se hace notar que algunos proveedores que le atienden en la sala de emergencias pueden no tener contrato con nosotros. En ese caso, no podrán facturarle la diferencia entre nuestra *cantidad permitida* y la facturada por ellos.

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

Los *servicios de rehabilitación y habilitación*, incluida la cobertura de los servicios quiroprácticos, están disponibles a través de un *proveedor de la red* cuando son ordenados o proporcionados por su *PCP*. Los *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 de la red* 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.

Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer los niveles de beneficios o las limitaciones adicionales.

El cuidado deja de ser *rehabilitación* una vez *nuestra* determinación de cualquiera de lo siguiente:

1. El *afiliado* haya alcanzado el *beneficio terapéutico máximo*.
2. El tratamiento posterior no puede recuperar la función corporal más allá del nivel que el *afiliado* ya tiene.
3. No hay progreso mensurable hacia los objetivos documentados.
4. El cuidado es principalmente *cuidado supervisado*.

Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar

Los servicios deben ser ordenados o proporcionados por su *PCP*. Los *servicios cubiertos* y suministros para *atención médica en el hogar* están cubiertos cuando su *médico* proporciona una orden que indica que no puede viajar para acudir a una cita en un consultorio médico. 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 ayuda personal y/o de cuidado supervisado.
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*.

Los cargos bajo el punto (3) son *gastos por servicios cubiertos* en la medida que podrían haber sido *gastos por servicios cubiertos* durante una *estadía hospitalaria del paciente*.

A nuestro criterio, nosotros podemos autorizar la compra del equipo en lugar de su renta, si el precio de la renta está proyectado que excederá el precio de compra del equipo, pero únicamente de un *proveedor* que nosotros *autorizamos* antes de la compra.

Consulte el *Programa de Beneficios* para los *costos compartidos*, y toda limitación asociada con este beneficio.

Exclusión:

Ningún beneficio será pagadero por cargos relacionados a *atención de relevo*, *cuidado supervisado*, servicios de asistencia personal o cuidado educativo.

Beneficios de cuidado de hospicio

Los beneficios de los *cuidados paliativos (de hospicio)* están permitidos para un *afiliado con una enfermedad terminal* que recibe los *cuidados médicamente necesarios* en un programa de *cuidados paliativos* o en un entorno domiciliario. Los *cuidados de relevo* sólo se aplican a los servicios relacionados con los *cuidados de hospicio* en el domicilio y en centros de hospitalización, y están sujetos a todas las formas de *costos compartidos*. Los *cuidados de relevo* permiten aliviar temporalmente a los miembros de la familia de las obligaciones que conlleva el cuidado de un *afiliado* que está recibiendo *cuidados de hospicio*. Los días de relevo que se aplican a las obligaciones de *costo compartido del afiliado* se consideran beneficios proporcionados y se aplicarán contra cualquier límite máximo de beneficios para estos servicios.

Los gastos de servicios 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 Terminal (ESRD) es la 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.

Exclusiones y limitaciones:

Los beneficios de cuidado de *hospicio* no incluyen lo siguiente:

1. Servicios recibidos de un *proveedor* que esté emparentado con un *afiliado o afiliados dependientes* por sangre, matrimonio o adopción, o quien es normalmente un miembro de la familia del *afiliado o afiliado dependiente*;
2. Servicios o procedimientos para curar o prolongar la vida;
3. Servicios para el cual cualquier otro beneficio sea pagadero bajo este *contrato*;
4. Servicios o suministros que se usan principalmente para ayudar al *afiliado* o al *afiliado dependiente* en la vida diaria;
5. Servicios por *cuidado supervisado*; y
6. Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias *de venta libre*, suministros médicos, vitaminas o minerales.

Beneficios de hospital

Los servicios, excepto la *atención de emergencia*, la *hospitalización* necesaria para la atención de la maternidad y el tratamiento del cáncer de mama, deben ser coordinados por su *PCP* y requieren *autorización previa*. Los servicios proporcionados a través de un departamento ambulatorio de un *hospital* participante o de un *centro* independiente deben ser indicados por su *PCP*.

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 sea 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.

Cuidados agudos de larga duración

Los hospitales de cuidados agudos de larga duración (LTACH, por sus siglas en inglés) proporcionan atención médica y de rehabilitación prolongada a personas con problemas clínicamente complejos, como múltiples afecciones agudas o crónicas, que necesitan atención hospitalaria durante períodos relativamente prolongados.

Las enfermedades/servicios comunes que pueden considerarse médicamente necesarios para el grado de atención LTACH incluyen, pero no se limitan a:

- Atención de heridas (lesiones) 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 gasto
 - 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 requieren seguimiento y tratamiento
 - Entre las afecciones más comunes se encuentran 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/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 SNC con limitaciones funcionales, debilitamiento, amputación, enfermedad cardíaca, cirugía ortopédica
 - Soporte de ventilador mecánico:
 - Intentos fallidos de destete en un centro de cuidados intensivos
 - El paciente ha recibido ventilación mecánica durante 21 días consecutivos a razón de 6 horas o más cada 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 pared pleural o torácica.

El paciente sigue cumpliendo con los criterios anteriores y no cumple con los criterios para ser trasladado a un nivel de atención alternativo.

Infertilidad

El tratamiento de la infertilidad requiere *autorización previa*. 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 como la laparoscopia diagnóstica, la biopsia de endometrio y el análisis de semen. Se incluyen beneficios para tratar las enfermedades subyacentes que causan la infertilidad (como la endometriosis, la obstrucción de las trompas de Falopio y la deficiencia hormonal). Esto no cubre el tratamiento o *procedimientos quirúrgicos* para infertilidad inclusive la inseminación artificial, fertilización in vitro, y otros tipos de medidas artificiales o quirúrgicas de concepción inclusive los medicamentos administrados en relación con estos procedimientos.

Linfedema

El tratamiento para el linfedema está cubierto cuando es prestado o recetado por un *médico* autorizado o cuando se recibe en un *hospital* u otro centro público o privado autorizado para proporcionar tratamiento para el linfedema. La cobertura incluye los sistemas de vendaje de compresión multicapa y las prendas de compresión de gradiente a medida o de ajuste estándar.

Beneficios médicos y quirúrgicos

1. *Cirugía* en el consultorio de un *proveedor* o en una *instalación quirúrgica para pacientes ambulatorios*, inclusive los servicios y suministros.
2. Servicios profesionales de un profesional clínico *no médico*, inclusive *cirugía*.
3. Suministros médicos que son *necesarios desde el punto de vista médico*, inclusive apósitos, muletas, férulas ortopédicas, soportes, moldes de yeso, u otros *suministros médicos necesarios*.
4. Exámenes diagnósticos usando servicios de laboratorios, radiológicos o ultrasonográficos.
5. Quimioterapia, terapia o tratamiento con radiación (*paciente internado* o ambulatorio), y terapia de inhalación.
6. Hemodiálisis y los cargos por el *hospital* por procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre.
7. Costos anestésicos y administración.
8. Oxígeno y su administración.
9. *Cirugía* plástica o cosmética para la corrección de deformidades congénitas o para afecciones que resulten de *lesiones* accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades tendrán el mismo tratamiento que como para cualquier otra *enfermedad* tal como se muestra en su *Programa de Beneficios*.
10. *Cirugía reconstructiva* - Los siguientes *gastos por servicios elegibles* descritos abajo para *cirugía reconstructiva* serán los mismos que como para el tratamiento de cualquier otra *enfermedad* tal como se muestra en su *Programa de Beneficios*:
 - a. El tratamiento proporcionado para la corrección de defectos contraídos en una *lesión* accidental sufrida por el *afiliado*;

- b. Tratamiento proporcionado para *cirugía reconstructiva* después de *cirugía* del cáncer;
 - c. *Cirugía* realizada para el tratamiento o corrección de un defecto congénito;
 - d. Para el tratamiento o corrección de un defecto congénito diferente a los padecimientos del seno; o
 - e. Los cargos de cirugía reconstructiva del seno como resultado de una mastectomía parcial o total. La cobertura incluye *cirugía* y reconstrucción del seno enfermo y el no enfermo y dispositivos protésicos necesarios para restablecer una apariencia simétrica y el tratamiento en relación con otras complicaciones físicas resultantes de la mastectomía incluyendo el linfedema, están cubiertos en todos los estados de la mastectomía.
11. Mastectomía o disección de nódulo linfático
- Estadía mínima como *paciente internado*: si debido a tratamiento de cáncer de seno (mama), cualquier persona cubierta por este plan se somete a una mastectomía o una disección de nódulo linfático, este plan proporcionará cobertura para cuidado como *paciente internado* durante un mínimo de:
- a. 48 horas después de una mastectomía, y
 - b. 24 horas después de una disección de nódulo linfático.
- No se requiere número mínimo de horas como paciente internado si la afiliada cubierta que recibe el tratamiento y el proveedor que presta los servicios determina que un período más corto de cuidado como *paciente internado* es apropiado.
12. Equipo y suministros diabéticos que son *necesarios desde el punto de vista médico* y recetados por un *proveedor*.
13. Trasplantes de tejidos.
14. Ojos o laringe artificial, prótesis de senos, o extremidades artificiales básicas (pero no el reemplazo del mismo, a menos que sea requerido por un cambio físico en el *afiliado* y el artículo no pueda ser modificado). Si más de un *dispositivo protésico* puede satisfacer una necesidad funcional del afiliado, sólo el cargo por el *dispositivo protésico* más eficaz en función de costos será considerado un gasto cubierto.
15. Análisis genéticos de la sangre que sean *necesarios desde el punto de vista médico*.
16. Vacunas para prevenir el virus sincicial respiratorio (RSV, siglas en inglés) que sean *necesarias desde el punto de vista médico*.
17. Alquiler de máquina de movimiento pasivo continuo (CPM, siglas en inglés); una por afiliado después de una *cirugía* articular cubierta.
18. Un par de gafas o lentes de contacto por *afiliado* después de una *cirugía* de cataratas cubierta.
19. Beneficios por servicios del habla y auditivos están disponibles para los servicios de un *médico* u otro *proveedor* profesional para restablecer la pérdida de o corregir un deterioro del habla o de la función auditiva, inclusive la cobertura de audífonos para *afiliados* y *afiliados dependientes*. Consulte su *Programa de Beneficios* para los niveles de beneficio o límites adicionales.
20. Cobertura para la medición de la masa ósea *médicamente necesaria* y para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis.
21. Los servicios de telesalud *médicamente necesarios* están sujetos a los mismos criterios de revisión clínica y de utilización, requisitos y limitaciones del plan que los mismos servicios de atención médica cuando se proporcionan a un *afiliado* en persona. Los servicios de telesalud proporcionados por los proveedores de telesalud de Ambetter están sujetos a un copago de \$0. Los servicios de telesalud no proporcionados por proveedores de Ambetter Telehealth estarían sujetos al mismo *costo compartido* que los mismos servicios de atención médica cuando se prestan a un

afiliado en persona. De acuerdo con la regulación federal, el *costo compartido* de \$0 no se aplica a los *afiliados* en un plan elegible para HSA. Revise su *Programa de Beneficios* para determinar si su *contrato* es elegible para HSA.

22. Para la terapia respiratoria y pulmonar.
23. Planificación familiar para determinados servicios y suministros anticonceptivos de proveedores profesionales, incluidos, pero sin limitarse a, la vasectomía, la ligadura de trompas y la inserción o extracción de dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
24. Análisis de detección de envenenamiento por plomo para mujeres embarazadas y otros *afiliados*.
25. Para la detección de oximetría de pulso en un recién nacido.
26. Pruebas de alergia, inyecciones y suero.
27. Para la terapia infantil de intervención temprana para los gastos derivados de los servicios de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas y trabajadores sociales clínicos con licencia y credenciales que trabajen con niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad con una discapacidad y/o retraso en el desarrollo identificado;
28. Cuidado rutinario de los pies *médicamente necesario*; puede ser necesaria una *autorización previa*.
29. Asesoramiento nutricional *médicamente necesario*; puede ser necesaria una *autorización previa*.

Cuidado para la diabetes

Los beneficios están disponibles para los servicios y suministros *médicamente necesarios* usados en el tratamiento de personas con diabetes gestacional, tipo I o tipo II.

La cobertura para el cuidado de la diabetes incluye lo siguiente:

1. *Capacitación para auto control de la diabetes*;
2. Medidor de glucosa, inclusive medidores no invasivos de glucosa diseñados para ser usados por o adaptados para las personas legalmente ciegas;
3. Tiras reactivas especificadas para usarse con el medidor de glucosa correspondiente;
4. Lancetas y dispositivos para lancetas;
5. Tiras reactivas para orina y lectura visual y tabletas para hacer pruebas de glucosa, cetonas y proteínas;
6. Preparaciones de insulina y análogos de insulina;
7. Artículos para inyección, inclusive aparatos usados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja;
8. Jeringas para insulina;
9. Recipientes para desechos con riesgo biológico;
10. Bombas de insulina, externas e implantables, y pertenencias asociadas, que incluyen aparatos de infusión de insulina, pilas, artículos para la preparación de la piel, cintas adhesivas, aparatos de infusión, cartuchos de insulina, aparatos duraderos y desechables para ayudar en la inyección de insulina; y otros suministros desechables requeridos;
11. Reparaciones y mantenimiento requerido de las bombas de insulina que no están de otra forma proporcionados bajo la garantía del fabricante o contrato de compra, y concepto de alquiler por bombas durante las reparaciones y mantenimiento requerido de las bombas de insulina, ninguno de los cuales podrá exceder el precio de compra de una bomba de reemplazo similar;
12. Medicamentos con receta y medicamentos disponibles sin receta para controlar las concentraciones de azúcar sanguínea;

13. Aparatos de podología, inclusive hasta dos pares de calzado terapéutico por año de calendario, para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes;
14. Cuidado de los pies de rutina tal como recorte de uñas y callosidades;
15. Equipos de emergencia de glucagón;
16. Una vez aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, cualquier equipo o suministro nuevo o mejorado para la diabetes, si es *necesario desde el punto de vista médico* y es apropiado según determinación de un *proveedor* u otro profesional médico;
17. Examen de los ojos y un examen de retinopatía por año;
18. Glucómetros; y
19. Asesoramiento nutricional.

Equipo médico duradero, suministros médicos y quirúrgicos, prótesis y aparatos ortopédicos

Los suministros, el equipo y los aparatos descritos más abajo son *servicios cubiertos* bajo este beneficio. Si los suministros, el equipo y los aparatos incluyen artículos o características de bienestar, lujo, o comodidad las cuales exceden lo que es *necesario desde el punto de vista médico* en su situación o necesidad para tratar su afección, el reembolso se basará en la cantidad máxima permitida para el artículo estándar que es un *servicio cubierto*, sirve para el mismo propósito y es *necesario desde el punto de vista médico*. Todo gasto que exceda la cantidad máxima permitida para el artículo estándar el cual es un *servicio cubierto* es su responsabilidad. Por ejemplo, el reembolso por una silla de ruedas a motor se limitará al reembolso por una silla de ruedas estándar, cuando la silla de ruedas estándar se adapte adecuadamente a su afección. La reparación, el ajuste y el reemplazo del equipo comprado, los suministros o aparatos como se detalla más abajo podrían ser cubiertos, siempre que hayan sido *aprobados* por nosotros. La reparación, el ajuste y el reemplazo del equipo, los suministros o aparatos comprados están cubiertos si:

1. El equipo, suministro o aparato es un *servicio cubierto*;
2. El uso continuo del artículo es *necesario desde el punto de vista médico*; y
3. Hay justificación razonable para la reparación, ajuste, o reemplazo (el vencimiento de la garantía no es una justificación razonable).

Además, el reemplazo del equipo, los suministros o aparato comprado podría estar cubierto si:

1. El equipo, suministro o aparato está desgastado o ya no funciona.
2. La reparación no es posible, o podría ser igual o exceder el costo del reemplazo. Deberá realizarse una evaluación por nuestro especialista o el vendedor de equipo de habilitación para estimar el costo de la reparación.
3. Las necesidades individuales han cambiado y el equipo actual ya no es utilizable debido a aumento de peso, crecimiento rápido, o deterioro de la función, etc.
4. El equipo, suministro o aparato está dañado y no puede ser reparado.

Los beneficios por reparación y reemplazo no incluyen lo siguiente:

1. Reparación y reemplazo debido a uso incorrecto, rotura malintencionada, o descuido flagrante.
2. Reemplazo de artículos perdidos o robados.

Nosotros podemos establecer los límites razonables de la cantidad para ciertos suministros, equipo o aparatos descritos más abajo.

Equipo médico duradero

El alquiler (o, a nuestra opción, la compra) de *equipo médico duradero* recetado por un *médico* u otro *proveedor*. El *equipo médico duradero* es equipo que puede resistir el uso repetido; es decir, podría ser rentado, y usado por pacientes sucesivos; se usa principal y generalmente para servir a un propósito médico; no es útil para una persona que no esté enferma o lesionada; y es apropiado para usarse en la casa de un paciente. Ejemplos incluyen pero sin limitarse a sillas de ruedas, muletas, camas de *hospital*, y equipo de oxígeno. Los costos del alquiler no deben ser más altos que el precio de compra. Nosotros no pagaremos por el alquiler por un tiempo más prolongado que podría costar más que la compra del equipo. El costo de la entrega e instalación del equipo son *servicios cubiertos*. El pago por suministros relacionados es un *servicio cubierto* sólo cuando el equipo se alquila, y los suministros médicamente adecuados se incluyen en el alquiler; o el equipo es propiedad del *afiliado*; los suministros médicamente adecuados podrían ser pagados por separado. El equipo deberá comprarse cuando cueste más alquilarlo que comprarlo. La reparación del equipo médico está cubierta.

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.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Aires acondicionados.
2. Bolsas de hielo/bomba de compresas frías.
3. Asientos elevados de inodoros.
4. Alquiler de equipo si el *afiliado* está en una *instalación* que se espera que proporcione dicho equipo.
5. Sillas elevadoras.
6. Banda sin fin.
7. Silla para bañera usada en la ducha.
8. Instalaciones o modificaciones de vehículos que pueden incluir, sin limitarse a ello, dispositivos de asientos adaptados, reemplazo de manijas de puertas, dispositivos de elevación, extensiones de techo y dispositivos de sujeción de sillas de ruedas.

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.

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

1. Extractos de suero contra alergias.

2. Tiras reactivas químicas, glucómetro, lancetas.
3. Clinitest.
4. Agujas/jeringas.
5. Bolsas y suministros para ostomía excepto los cargos tales como aquellos hechos por una farmacia para fines de ajuste no son *servicios cubiertos*.
6. Los suministros médicos desechables, que tienen un propósito médico primario, están cubiertos y están sujetos a límites razonables de cantidad según lo determinemos. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a: vendas y envolturas, guantes, catéteres de succión, esponjas quirúrgicas, agujas hipodérmicas, jeringas y aplicadores. Los suministros están sujetos a las cantidades del *deducible*, *copago* y/o *coaseguro* del *afiliado*.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Cinta adhesiva, curitas (*band aids*), aplicadores con punta de algodón.
2. Plantilla ortopédica.
3. Almohadilla en forma de aro.
4. Compresas calientes, bolsas de hielo.
5. Vitaminas (excepto lo previsto en la sección de Beneficios de Gastos de atención preventiva).
6. Medijectors (Jeringas).
7. Los artículos que usualmente se almacenan en la casa para uso general como curitas (*Band-Aids*), termómetros y vaselina.

Aparatos ortésicos y protésicos

Los *aparatos ortésicos* y *protésicos* deben ser proporcionados y coordinados por su *PCP* y requerirán *autorización previa*. 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.

Prótesis

Sustitutos artificiales para partes y tejidos del cuerpo, y materiales insertados en tejidos para fines funcionales o terapéuticos. Los *servicios cubiertos* incluyen la compra, adaptación, ajuste necesario, reparaciones y reemplazos de *aparatos* y suministros *protésicos* que:

1. Reemplacen todo o parte de una parte del cuerpo perdida y sus tejidos adyacentes; o
2. Reemplacen todo o parte de la función de una parte corporal permanentemente inútil o con mal funcionamiento.

Los *aparatos protésicos* deberán comprarse no alquilarse, y deben ser *necesarios desde el punto de vista médico*. Los impuestos aplicables, el manejo y envío también están cubiertos.

Los *servicios* y suministros *cubiertos* pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Ayudas y apoyos para partes defectuosas del cuerpo inclusive pero sin limitarse a válvulas cardíacas internas, válvula mitral, marcapasos interno, fuentes de energía para marcapasos, reemplazos vasculares sintéticos o injertos, aparatos para fijación de fracturas internas a la superficie corporal, sustancias de reemplazo para huesos y articulaciones lesionados o enfermos,

aparatos para reconstrucción mandibular, tornillos y placas para huesos, y cabezas de vitalium para reconstrucción articular.

2. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD, siglas en inglés).
3. Prótesis del seno si es interna o externa, después de una mastectomía, y cuatro sostenes quirúrgicos por período de beneficio, según lo requerido por la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer. Límite máximo para *dispositivos protésicos*, si lo hubiera, no aplica.
4. Reemplazo de toda o parte de partes del cuerpo ausentes o de extremidades, tales como extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.
5. Implante de lentes intraoculares para el tratamiento de cataratas o afaquia. Lentes de contacto o gafas se recetan a menudo después del implante de lentes y son *servicios cubiertos*. (Si se realiza la extracción de cataratas, lentes intraoculares son usualmente insertados durante la misma sesión operativa). Anteojos (por ejemplo bifocales) inclusive las armazones o los lentes de contacto están cubiertos cuando ellos reemplazan la función del lente humano por afecciones causadas por *lesión* o *cirugía* de cataratas; el primer par de lentes de contacto o anteojos está cubierto. El lente del donante insertado al momento de la *cirugía* no se considera lente de contacto, y no se considera el primer lente después de la *cirugía*. Si la *lesión* es en un ojo o si la catarata se extrae de un solo ojo y el *afiliado* selecciona anteojos y armazón, en ese caso el reembolso para ambos lentes y armazón estará cubierto.
6. Lentes oscuros para el tratamiento de la fotofobia.
7. Implante coclear.
8. Suministros para colostomía y otra ostomía (construcción quirúrgica de un orificio artificial) directamente relacionados con el cuidado de la ostomía.
9. Prótesis de restauración (prótesis facial compuesta).
10. Pelucas (no más de una por período de beneficios), cuando se adquieren a través de un *proveedor de la red*. Esta cobertura sólo se proporciona a *los afiliados* que sufren de pérdida de cabello como resultado de una enfermedad subyacente, un tratamiento o *una lesión*. La cobertura estará sujeta a una recomendación escrita del *médico* tratante en la que se indique que la peluca es *médicamente necesaria*.

Exclusiones:

Aparatos protésicos no cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Dentaduras postizas, reemplazo de dientes o estructuras que directamente apoyen a los dientes.
2. Aparatos dentales (aparatos orales, soportes orales, ortésicos orales, aparatos o prótesis).
3. Aparatos que previenen o corrigen defectos de los dientes y tejidos de soporte.
4. Aparatos no rígidos tales como medias elásticas, portaligas, plantillas ortopédicas y fajas.
5. Pelucas (excepto como se describe más arriba).

Aparatos ortésicos

Los *servicios cubiertos* son la compra inicial, adaptación y reparación de un aparato de apoyo rígido o semi rígido hecho a la medida usado para apoyar, alinear, prevenir, o corregir deformidades, o para mejorar la función de partes móviles del cuerpo, o las cuales limitan, o detienen el movimiento de una parte corporal débil o enferma. El costo del vaciado, moldeo, accesorios, y ajustes están incluidos. Los cargos de impuestos, envío, franqueo y manejo aplicables también están cubiertos. El vaciado está cubierto cuando un aparato ortésico se factura junto con él, pero no si se factura por separado. Cubrimos el calzado correctivo *médicamente necesario*. Puede ser necesaria una *autorización previa*.

Los *aparatos ortésicos* cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a los siguientes:

1. Collares cervicales.
2. Ortesis antiequino.
3. Fajas (para la espalda y quirúrgicos especiales).
4. Férulas (extremidad).
5. Armazones y apoyos.
6. Cabestrillos.
7. Brazaletes.
8. Calzado a la medida.
9. Plantillas para calzado hechas a la medida.

Los aparatos ortésicos pueden ser reemplazados o reparados, a menos que la reparación o el reemplazo se deban al uso indebido o pérdida por el *afiliado*.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Aparatos para mantener al pie en posición, tales como plantillas ortopédicas a menos que ellos sean parte integral de un refuerzo de pierna.
2. Medias elásticas estándar, portaligas, y otros suministros no especialmente fabricados y ajustados (excepto como se especifica en la provisión de Suministros Médicos arriba mencionada).
3. Porta ligas o aparatos similares.
4. Todo servicio no quirúrgico (restauraciones dentales, ortodoncia, o fisioterapia), o no diagnóstico o suministros proporcionados para el tratamiento de la articulación temporomandibular, y todos los músculos y nervios adyacentes o relacionados.

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. No se requiere que un *médico* u *otro proveedor de atención médica* obtenga una *autorización previa* para el parto. Sin embargo, una *hospitalización* de más de 48 horas para un parto vaginal o de 96 horas para un parto por cesárea requerirá que se nos notifique.

Otros beneficios de maternidad que pueden requerir *autorización previa* incluyen:

1. Atención pre y posparto para paciente ambulatoria y *paciente internada* inclusive análisis, diagnóstico prenatal de trastorno genético, análisis diagnósticos de laboratorio y radiología, educación sobre salud, asesoramiento nutricional, evaluación de riesgo, y clases para el parto.
2. Visitas *médicas* al hogar y servicios de oficina.
3. Educación para padres, asistencia, y capacitación en lactancia materna o alimentación con biberón, y la realización de cualquier análisis clínico necesario y apropiado.
4. *Complicaciones del embarazo*.
5. *Estancia hospitalaria* por otras razones *necesarias desde el punto de vista médico* asociadas con la atención médica de maternidad.

6. Servicios o suministros médicos para partos en casa, requeridos por profesionales médicos o tratamiento médicamente necesario.

Nota: Esta provisión no enmienda el *contrato* para restringir cualquier término, límite o condiciones que de otra forma pueden aplicar a los *gastos por servicios cubiertos* para el parto. Esta provisión tampoco requiere que una afiliada que es elegible para cobertura bajo un plan de beneficios de salud:

1. Dé a luz a un bebé en un *hospital* u otra *instalación* de atención médica; o
2. Permanezca como *paciente internada* en un *hospital* u otra instalación de atención médica por cualquier término de tiempo especificado después del nacimiento del bebé.

Obligación de cooperar. No cubrimos los servicios o suministros relacionados con el *embarazo de la afiliada* cuando ésta actúa como *madre sustituta* y ha llegado a un *acuerdo de subrogación*. Para obtener más información sobre los servicios excluidos, consulte la sección Servicios generales no cubiertos y exclusiones. Las *afiliadas* que son *madres sustitutas* en el momento de la inscripción o las *afiliadas* que aceptan un *Acuerdo de Subrogación* durante el año del plan deben, dentro de los 30 días de la inscripción o del acuerdo para participar en un *Acuerdo de Subrogación*, enviarnos una notificación por escrito del Acuerdo de Subrogación a Superior Health Plan at Member Services, 5900 E. Ben White Blvd., Austin, Texas 78741. En el caso de que una afiliada no cumpla con esta disposición, nos reservamos el derecho de hacer cumplir este *contrato* sobre la base de fraude, tergiversación o información falsa, hasta e inclusive la recuperación de todos los beneficios que pagamos en nombre de la subrogada durante el tiempo en que la subrogada estuvo asegurada conforme a nuestro *contrato*, más los intereses, los honorarios de los abogados, los costos y todos los demás recursos disponibles.

Nota: Esta provisión no modifica el *contrato* para restringir cualquier término, límite o condición que pueda aplicarse de otra manera a las madres sustitutas y a los niños nacidos de ellas. Consulte la sección Servicios no cubiertos y exclusiones generales, ya que pueden existir limitaciones.

En el evento que cancelemos o que no renovemos este *contrato*, habrá una extensión de los beneficios de *embarazo* para un *embarazo* que comenzó mientras el *contrato* está en vigencia y por la cual los beneficios hubieran sido pagaderos si el *contrato* hubiera permanecido en vigencia.

Cargos del recién nacido

Los servicios *médicamente necesarios*, inclusive los servicios hospitalarios, se proporcionan a un recién nacido cubierto inmediatamente después del nacimiento. Cada tipo de *servicio cubierto* que se preste al recién nacido estará sujeto a su propio *costo compartido* (*copago*, *porcentaje de coaseguro*, *deducible* y *cantidad máxima de su bolsillo*), como se indica en el *Programa de Beneficios*. Consulte la sección Cobertura de afiliados dependientes de este documento para obtener más información sobre la cobertura de un recién nacido y la cobertura para un niño adoptado.

Declaración de Derechos de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los emisores de los Seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir beneficios para cualquier duración de estancia *hospitalaria* en relación con el parto para la madre, o para el bebé recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una sección cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el *proveedor* que atendió a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48

horas (o 96 horas según aplique). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un *proveedor* obtenga *autorización* del plan o del emisor para determinar una estancia hospitalaria que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Otros servicios dentales

Los gastos de anestesia y *hospitalización* para la atención odontológica de un *afiliado* menor de 19 años o de un *afiliado* discapacitado física o mentalmente, están cubiertos si el *afiliado* requiere que el tratamiento odontológico se realice en un *hospital* o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Las indicaciones para la anestesia general, publicadas en el manual de referencia de la Academia Americana de Odontología Pediátrica, deben usarse para determinar si la realización de procedimientos dentales es necesaria para tratar la afección del *afiliado* bajo anestesia general.

La cobertura también se extiende:

1. Para la cirugía oral médicamente necesaria, incluyendo lo siguiente:
 - a. Tratamiento de labio leporino, paladar hendido o displasia ectodérmica diagnosticados médicamente;
 - b. Cirugía ortognática por una anomalía física que impida el funcionamiento normal del hueso de la mandíbula superior y/o inferior y que sea médicamente necesaria para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada.
 - c. Corrección oral/quirúrgica de lesiones accidentales.
 - d. Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), incluidos los aparatos extraíbles para el reposicionamiento de la ATM y la cirugía, atención médica y servicios de diagnóstico relacionados.
 - e. Tratamiento de lesiones no dentales, como extirpación de tumores y biopsias.
 - f. Incisión y drenaje de infección de tejidos blandos sin incluir quistes o abscesos odontogénicos.
 - g. Procedimientos quirúrgicos que son médicamente necesarios para corregir trastornos causados por (o resultantes de) una enfermedad específica como artritis degenerativa, fracturas de mandíbula o dislocaciones de mandíbula.
 - h. Cirugía reconstructiva para corregir deformidades significativas causadas por anomalías congénitas o del desarrollo, enfermedades, lesiones o un tratamiento anterior con el fin de crear una apariencia más normal.
2. Los gastos de anestesia dental incluyen la cobertura de la administración de anestesia general y los gastos de hospitalización o de consultorio por la atención dental, prestada por un dentista, independientemente de que los servicios se presten en un hospital, centro quirúrgico o consultorio participante, prestados a los siguientes *afiliados*:
 - a. Un *afiliado* menor de 19 años;
 - b. Una persona gravemente discapacitada; o
 - c. Una persona que tenga una enfermedad o afección del comportamiento que requiera hospitalización o anestesia general cuando se le preste atención dental.
3. Para los gastos de servicios dentales cuando un *afiliado* sufre una lesión, que resulta en:
 - a. Daños en sus dientes naturales.
 - b. La lesión de los dientes naturales no incluirá ninguna lesión como resultado de la masticación.
4. Para la cirugía, excluyendo la extracción de dientes, para tratar trastornos craneomandibulares, o maloclusiones

Segunda opinión médica

Los *afiliados* tienen derecho a una segunda opinión médica bajo las siguientes condiciones:

1. Siempre que un *procedimiento quirúrgico* menor sea recomendado para confirmar la necesidad del procedimiento;
2. Siempre que exista una *enfermedad* o *lesión* grave; o

3. Siempre que usted encuentre que usted no está respondiendo al plan de tratamiento actual en forma satisfactoria.

Si se solicita, la consulta para la segunda opinión deberá ser proporcionada por un *médico* elegido por el *afiliado*. El *afiliado* puede seleccionar a un *proveedor de la red* listado en el Directorio de Proveedores. Si un *afiliado* elige a un *proveedor de la red*, él/ella será únicamente responsable de la cantidad de copago aplicable por la consulta. Cualquier análisis de laboratorio y/o diagnóstico y servicios terapéuticos están sujetos al *costo compartido* adicional. Si la segunda opinión se obtiene de un proveedor que no pertenece a la red, se deberá obtener una *autorización previa* antes de que los servicios se consideren como un *gasto por servicio elegible*. Si no se obtiene la *autorización previa* para la segunda opinión médica de un *proveedor que no pertenece a la red*, usted será responsable de los gastos relacionados.

Cobertura de ensayo clínico

Los servicios deben ser proporcionados o coordinados por su *PCP*. 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. La cobertura incluirá los *costos de cuidado de paciente de rutina* para (1) medicamentos y dispositivos que hayan sido aprobados para la venta por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), independientemente de si son aprobados por la FDA para el uso en el tratamiento de la afección particular del paciente, (2) servicios razonables y *necesarios desde el punto de vista médico* para administrar el medicamento o usar el dispositivo bajo evaluación en el ensayo clínico y (3) todos los artículos y servicios que de lo contrario están generalmente disponibles para *individuos calificados* que se proporcionan en el ensayo clínico excepto:

1. El artículo o servicio *en fase de investigación*;
2. Artículos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer la recopilación de datos y análisis necesarios y que no se usan en el tratamiento clínico directo del paciente; y
3. Artículos y servicios acostumbrados proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin costo para todo *afiliado* en el ensayo.

Los ensayos clínicos de fase I y II deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Las fases I y II de un estudio clínico son aprobadas o financiadas por uno o más de los siguientes:
 - a. Los Institutos Nacionales de Salud;
 - b. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
 - c. La Agencia para Investigación y la Calidad de la Atención Médica;
 - d. Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid;
 - e. El grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (a) a (d) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos;
 - f. Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo al centro;
 - g. El estudio o la investigación se realiza conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;

- h. El estudio o la investigación es un estudio de medicamentos que está exento de tener dicha solicitud de investigación de nuevos medicamentos;
 - i. Una Junta de Revisión Institucional de una institución de este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación Humana del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos; y
2. El *afiliado* está inscrito en el ensayo clínico. Esta sección no aplicará para los *afiliados* quienes sólo siguen el protocolo de fase I o II de un ensayo clínico, pero que actualmente no están inscritos.

Los ensayos clínicos de fase III y IV deben ser aprobados o financiados por una de las siguientes entidades:

- 1. Uno de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés);
- 2. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades;
- 3. La Agencia para Investigación y Calidad de la Atención Médica;
- 4. Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid;
- 5. Un Grupo o Centro Cooperativo del NIH (Instituto Nacional de Salud);
- 6. La FDA en la forma de una solicitud de un medicamento nuevo *en fase de investigación*;
- 7. Los Departamentos Federales de Asuntos de Excombatientes, de Defensa, o Energía;
- 8. Una Junta de Revisión Institucional de una institución de este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación Humana del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos; o
- 9. Una entidad de investigación no gubernamental calificada que cumpla con los criterios para elegibilidad de subvención de apoyo de un Centro del NIH.

En un ensayo clínico, la *instalación* de tratamiento y el personal deben de tener la experiencia y capacitación para proporcionar tratamiento, y tratar un volumen suficiente de pacientes. Debe ser igual a o superior a las alternativas de tratamiento que no están en *investigación* y los datos preclínicos y clínicos disponibles deben proporcionar una expectativa razonable que el tratamiento será superior a las alternativas que no están en *investigación*.

Los *proveedores* participantes en estudios clínicos deberán obtener un consentimiento informado del paciente para participación en el ensayo clínico en una manera que esté acorde con los estándares éticos y legales actuales. Dichos documentos estarán disponibles para nosotros a solicitud.

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). Toda cobertura de un medicamento requerido incluirá también los servicios médicamente necesarios asociados a la administración de este. Este beneficio no se interpretará como una exigencia de:

- a. La cobertura de cualquier medicamento si la FDA ha determinado que su uso está contraindicado para el tratamiento de la indicación específica 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 fuera de etiqueta 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. Medicamento oral recetado contra el cáncer.

Dichos *gastos por servicios cubiertos* deberán incluir aquellos medicamentos contra el cáncer, con receta, para administración oral. Los *gastos por servicios cubiertos* no podrán ser menos favorables que por los medicamentos contra el cáncer administrados intravenosamente o por inyección que están cubiertos como beneficios médicos bajo este *contrato*.

Costo compartido máximo de medicamentos insulínicos:

Los medicamentos insulínicos están cubiertos con un *costo compartido* máximo de \$25 por receta para un suministro de 30 días. Si su *costo compartido* por un suministro de 30 días de medicamentos de insulina es inferior a \$25, usted será responsable de la cantidad más baja. Consulte *nuestro formulario* para conocer la ubicación de los medicamentos de insulina en los distintos niveles y su *Programa de Beneficios* para conocer la responsabilidad de su *costo compartido* para el nivel de medicamentos correspondiente. La cantidad total que tendrá que pagar por un medicamento de insulina cubierto no excederá ningún límite con mandato estatal y/o federal.

Los reabastecimientos de emergencia de insulina y equipos relacionados con la insulina estarán cubiertos de la misma manera que los reabastecimientos que no son de emergencia.

Formulario o lista de medicamentos preferidos

El formulario o la lista de medicamentos preferidos es una guía de los medicamentos genéricos y de marca disponibles y de algunos medicamentos de venta libre cuando los ordena un *médico*, que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y están cubiertos por su beneficio de medicamentos de venta con receta. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus homólogos de marca y deben considerarse la primera línea de tratamiento. La FDA requiere que los genéricos sean seguros y actúen de la misma manera que los medicamentos de marca. Si no hay un genérico disponible, puede haber más de un medicamento de marca para tratar una enfermedad. Los medicamentos de marca preferidos se enumeran en el Nivel 2 de la lista de medicamentos para ayudar a identificar los medicamentos de marca que son clínicamente apropiados, seguros y rentables como opciones de tratamiento, si un medicamento genérico en el formulario no es adecuado para su enfermedad.

Se hace notar que el formulario no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por su beneficio de recetas. No todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Esta lista se revisa y actualiza periódicamente y puede estar sujeta a cambios. Pueden añadirse o eliminarse medicamentos o añadirse requisitos adicionales para aprobar la continuación del uso de un medicamento específico. Si nosotros modificamos negativamente el formulario, lo haremos en el momento de la renovación de la cobertura. Si se verá afectado por el cambio de cobertura de medicamentos, le notificaremos dicha modificación con al menos 60 días de antelación. Los cambios negativos se definen como la eliminación del medicamento del formulario, la adición de un límite de cantidad, la adición de requisitos de *autorización previa* y la adición de requisitos de terapia escalonada de cambio de medicamento a un escalón superior.

Es posible que los diseños específicos de los planes de beneficios de recetas no cubran ciertos productos o categorías, independientemente de su aparición en el formulario. 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).

El Formulario es nuestra lista de medicamentos cubiertos, disponible en nuestro sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o llamando a Servicios para los Afiliados. El formulario de medicamentos (lista de medicamentos aprobados) es una lista de los *medicamentos con receta* que están cubiertos por este *contrato*. El formulario incluye medicamentos para una variedad de estados y problemas de enfermedad. Periódicamente se revisa y actualiza el formulario para asegurarnos que se están usando las terapias de medicamentos más actuales y clínicamente apropiados. Algunas veces es *necesario desde el punto de vista médico* que un *afiliado* use un medicamento que no está o que ha sido retirado del formulario. Cuando esto ocurre, el *proveedor* que receta puede solicitar una excepción para la cobertura a través de Servicios para los Afiliados. Para una lista de los medicamentos cubiertos visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o comuníquese con Servicios para los Afiliados. Además, algunos medicamentos cubiertos en el formulario podrían requerir *autorización previa* para garantizar que son clínicamente apropiados para un *afiliado*.

La selección apropiada de un medicamento para un *afiliado* es una determinación que el *afiliado* y su *médico* realizan mejor.

Se proporciona cobertura por cualquier *medicamento con receta* que fue aprobado o cubierto bajo nuestro formulario para una afección o *enfermedad* mental, independientemente que el medicamento haya sido retirado de nuestro formulario de medicamentos, al nivel de beneficio contratado hasta la fecha en que el *contrato* se renueve.

Ciertos medicamentos de especialidad y genéricos que no sean de especialidad podrían estar cubiertos a un *costo compartido* más alto que otros productos genéricos. Para obtener más información, consulte el formulario y el *Programa de Beneficios*. Para fines de esta sección, el estado de nivel según se indica en el formulario será aplicable.

No se requiere que usted pague más que el *copago* aplicable, la cantidad reclamada permitida, o la cantidad requerida sin seguro o descuento al momento de la compra.

Su costo total del medicamento siempre será la cantidad de su *copago* para el nivel específico (después del *deducible*, si corresponde) o el costo total del medicamento, lo que sea menor. No cobramos una penalización por el uso de medicamentos de marca del formulario cuando hay un medicamento genérico disponible.

Para las recetas de gotas para los ojos para tratar una enfermedad o afección crónica de los ojos, los reabastecimientos se suministran el o antes del último día del período de dosis recetada, pero no antes de lo siguiente:

1. 21 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
2. 42 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos; o
3. 63 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Nota: Se avisará con 30 días de antelación a la interrupción de los medicamentos recetados e infusiones intravenosas concurrentes.

Recetas de venta libre (OTC)

Cubrimos una variedad de medicamentos de venta libre cuando los ordena un *médico*. Puede encontrar una lista de los medicamentos de venta libre cubiertos en nuestro formulario - estarán marcados como "OTC". Su *orden de receta* debe cumplir con todos los requisitos legales.

Cómo surtir una receta

Las *órdenes de recetas* se pueden surtir en una farmacia minorista *de la red* o a través de *nuestra* farmacia de pedidos por correo.

Si decide que le surtan una *orden de receta* en una farmacia *de la red*, puede usar el Directorio de proveedores para encontrar una farmacia cercana. Puede acceder al Directorio de Proveedores en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com en la página Buscar un Proveedor. También puede llamar a Servicios para los Afiliados para que lo ayuden a encontrar una farmacia. En la farmacia, deberá proporcionarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de afiliado.

También ofrecemos un suministro de medicamentos de mantenimiento para tres meses (90 días) por correo o en farmacias minoristas de la red para planes de beneficios específicos. Estos medicamentos tratan afecciones o enfermedades a largo plazo, como la hipertensión, el asma y la diabetes. Puede encontrar una lista de medicamentos cubiertos en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. También puede solicitar que le envíen una copia por correo directamente a usted.

Farmacia de pedidos por correo

Si tiene más de una receta que usa regularmente, puede elegir inscribirse en nuestro programa de entrega de pedidos por correo. Sus recetas serán entregadas de forma segura en la puerta de su casa sin ningún cargo adicional para usted. Usted seguirá siendo responsable de su *copago/coaseguro* regular. Para

inscribirse en la entrega de pedidos por correo o para cualquier pregunta adicional, llame a nuestra farmacia de pedidos por correo al 1-888-624-1139. Alternativamente, puede encontrar instrucciones sobre cómo inscribirse en nuestro sitio web de Ambetter. Una vez en nuestro sitio web, haga clic en la sección, "Para afiliados", "Cobertura de medicamentos". El formulario de inscripción estará ubicado en "Formularios".

Terapia escalonada

La terapia escalonada no se aplica a los *medicamentos de venta con receta* asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en su cuarta etapa o de otras enfermedades asociadas.

Medicamentos autoinyectables

Los medicamentos autoinyectables se administran en un músculo o debajo de la piel con una jeringa y aguja. Aunque al principio puede ser necesaria la supervisión o instrucción médica, el paciente o el cuidador pueden administrar los medicamentos *autoinyectables* de forma segura y eficaz. *Los medicamentos autoinyectables* están cubiertos por los beneficios de medicamentos recetados; se aplica el *costo compartido de los medicamentos recetados*.

Anticonceptivos fuera del formulario y formulario escalonado:

Bajo la Ley de cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act), usted tiene el derecho de obtener anticonceptivos que no están listados en el Formulario (de otra forma conocidos como "medicamentos fuera del formulario") y anticonceptivos a precios escalonados (aquellos encontrados en un nivel del formulario diferente al "Nivel 0 – sin *costo compartido*") sin costo para usted, a solicitud suya o de su profesional médico. Para ejercer este derecho, comuníquese con su profesional médico. Su profesional médico puede utilizar el proceso de solicitud usual de *autorización previa*. Consulte la sección "Proceso de excepción de medicamentos con receta" abajo para detalles adicionales.

Medicamentos con receta fuera del formulario:

Bajo la Ley de cuidado de salud a bajo precio, usted tiene el derecho de solicitar cobertura por *medicamentos con receta* que no están listados en el formulario del plan (de otra forma conocidos como "medicamentos fuera del formulario"). Para ejercer este derecho, comuníquese con su profesional médico. Su profesional médico puede utilizar el proceso de solicitud usual de *autorización previa*. Consulte la sección "Autorización previa" abajo para obtener más detalles.

Sincronización de medicamentos con receta

Bajo la ley de Texas, usted tiene el derecho a solicitar sincronización de sus medicamentos. Sincronización es la concordancia de las fechas en que surte sus medicamentos de manera que las fechas de abastecimiento de todos sus medicamentos sean el mismo día. Por ejemplo, si surte el medicamento A el día 5 de cada mes, y la persona que receta le indica una nueva receta B el día 20 del mes, usted tiene el derecho de solicitar un reabastecimiento para el medicamento B, que es más corto o más largo que 30 días. Esto puede ayudarle a ajustar sus fechas de reabastecimiento para el medicamento B, y sincronizar las fechas en que surte el medicamento A. Nosotros ajustaremos los *copagos* para reflejar la cobertura más corta o más larga. Si desea ejercer este derecho, llame a Servicios para los Afiliados.

Proceso de excepción de medicamentos con receta

Solicitud de excepción estándar

El *afiliado*, un *representante autorizado del afiliado* o un *proveedor* que recete al *afiliado* puede solicitar una revisión estándar de una decisión que un medicamento no está cubierto por el plan. La solicitud puede hacerse por escrito o por teléfono. Dentro de 72 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al *representante autorizado del afiliado* o al *proveedor* que recete al *afiliado* nuestra determinación de cobertura. Si nosotros no denegamos una solicitud de excepción estándar dentro de 72 horas, la solicitud se considera otorgada. Si se otorga la solicitud de excepción estándar, proporcionaremos cobertura del medicamento fuera del formulario por la duración de la receta, incluso las renovaciones.

Solicitud de excepción acelerada

El *afiliado*, un *representante autorizado del afiliado* o un *proveedor* que recete al *afiliado* puede solicitar una revisión acelerada basándose en circunstancias exigentes. Circunstancias exigentes existen cuando un *afiliado* está sufriendo de una enfermedad que podría poner en riesgo grave la vida, salud o capacidad del *afiliado* para recuperar la función máxima, o cuando un *afiliado* está recibiendo un curso actual de tratamiento usando un medicamento fuera del formulario. Dentro de 24 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al *representante autorizado del afiliado* o al *proveedor* que recete al *afiliado* nuestra determinación de cobertura. Si nosotros no denegamos una solicitud de excepción acelerada dentro de 24 horas, la solicitud se considera otorgada. Si se otorga la solicitud de excepción acelerada, proporcionaremos cobertura del medicamento fuera del formulario por la duración de la exigencia.

Revisión de solicitud de excepción externa

Si nosotros negamos una solicitud para una excepción estándar o para una excepción acelerada, el *afiliado* o un *representante autorizado del afiliado* puede solicitar que la negación de dicha solicitud sea revisada por una organización de revisión externa. La organización de revisión externa tomará la determinación sobre la solicitud de excepción denegada y avisaremos al *afiliado*, o al *representante autorizado del afiliado* de la determinación de cobertura a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud, si la solicitud original fue una excepción estándar, y a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud, si la solicitud original fue una excepción acelerada.

Si nosotros o la organización de revisión externa otorga una excepción para una solicitud estándar o acelerada, le proporcionaremos cobertura de un medicamento fuera del formulario por el tiempo de la exigencia.

Excepción a la terapia escalonada o al protocolo de fallar primero:

Concederemos una excepción a la terapia escalonada o al protocolo de fallar primero cuando:

- a. El medicamento requerido según el protocolo de terapia escalonada:
 1. Está contraindicado;
 2. Es probable que cause una reacción adversa o un daño físico o mental al paciente;
 3. Se espera que sea ineficaz basándose en las características clínicas conocidas del paciente y las características conocidas del régimen de medicamentos recetados;
 4. El paciente previamente suspendió el medicamento requerido según el protocolo de terapia escalonada, u otro medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción que el medicamento requerido, mientras estaba bajo el plan de beneficios de salud en vigor o mientras estaba cubierto por otro plan de beneficios de salud porque el medicamento no era eficaz o tenía un efecto disminuido o debido a un evento adverso;

5. El medicamento requerido en el protocolo de terapia escalonada no es lo mejor para el paciente, según la conveniencia clínica, porque se espera que el uso del medicamento por parte del paciente:
 - 1) Cause una barrera significativa para la adherencia o el cumplimiento del plan de atención del paciente;
 - 2) Empeore una condición comórbida del paciente; o
 - 3) Disminuya la capacidad del paciente para alcanzar o mantener una capacidad funcional razonable en la realización de las actividades cotidianas.
6. El medicamento que está sujeto al protocolo de terapia escalonada fue recetado para la enfermedad del paciente y:
 - 1) El paciente recibió beneficios para el medicamento bajo el plan de beneficios de salud actualmente en vigor o un plan de beneficios de salud anterior;
 - 2) El paciente está estable con el medicamento; y
 - 3) Se espera que el cambio en el régimen de medicamentos recetados del paciente requerido por el protocolo de terapia escalonada sea ineficaz o cause daño al paciente basado en las características clínicas conocidas del paciente y las características conocidas del régimen de medicamentos recetados requerido.

Para los productos aprobados en esta sección, emitiremos una carta de aprobación en la que se describe la cobertura bajo este *contrato*. Para cualquier producto denegado conforme a esta sección, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión. Cualquier producto solicitado bajo esta sección será revisado dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud para las solicitudes estándar y dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud urgente o exigente. Si no respondemos a una solicitud de terapia escalonada en un plazo de 24 horas en el caso de las solicitudes urgentes y de 72 horas en el caso de las solicitudes estándar, dichas solicitudes se aprobarán automáticamente.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

No se pagará ningún tipo de beneficio conforme a esta provisión de beneficios por los servicios proporcionados o los 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 suministran.
5. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
6. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *médico*.
7. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
8. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o formada por componentes que están disponibles en forma de venta libre y es terapéuticamente equivalente, excepto en el caso de los productos de venta libre que aparecen en el formulario. 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 los medicamentos o las cantidades de dosis que el comité de Farmacia y Terapia de Ambetter determine que son ineficaces, que no están probados o que no son seguros para la indicación para la que han sido recetados, independientemente de que dichos medicamentos o cantidades de dosis hayan sido aprobados por cualquier organismo regulador gubernamental para ese uso.
18. Para cualquier medicamento relacionado con el tratamiento restaurador dental o el tratamiento de la periodontitis crónica, cuando la administración del medicamento se realiza en el consultorio dental.
19. Para cualquier medicamento relacionado con el *embarazo a través de una madre sustituta*.
20. Para cualquier medicamento inyectable o producto biológico que no se espera que sea autoadministrado por el *afiliado* en su lugar de residencia, a menos que aparezca en el formulario.
21. Para cualquier reclamo presentado por una farmacia que no esté con restricción mientras el afiliado esté en condición de restricción. Para facilitar el uso apropiado de los beneficios y prevenir la sobreutilización de los opioides, la participación del *afiliado* en el estatus de restricción se determinará mediante la revisión de los reclamos de farmacia.
22. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.
23. Abastecimiento de medicamentos cuando el *afiliado* tiene más de 15 días de suministro de medicamentos.
24. Medicamentos compuestos, a menos que haya al menos un ingrediente que sea un medicamento aprobado por la FDA.

Programa de restricción (Lock-in)

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

Balance de medicamentos a mano

Se prohíbe el reabastecimiento de medicamentos hasta que el saldo acumulado del *afiliado* sea igual o inferior a 15 días de suministro de medicamentos. Esta provisión funciona además de cualquier límite de cantidad de medicamentos o pautas de reabastecimiento aplicables.

Programa de suministro de cantidades divididas

Los *afiliados* están limitados a un suministro de 15 días durante los primeros 90 días al iniciar una nueva terapia con determinados medicamentos (como los oncológicos orales). Los *afiliados* pagan la mitad del costo compartido de 30 días por un suministro de 15 días, y serían responsables de la otra mitad del costo compartido de 30 días por cada suministro adicional de 15 días. Después de 90 días, los *afiliados* surtirán sus medicamentos para 30 días.

Productos alimenticios médicos

Nosotros cubrimos productos alimenticios médicos y fórmulas cuando sean *necesarios desde el punto de vista médico* para el tratamiento de la fenilketonuria (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 tengan poco contenido de 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*.

Exclusiones: cualquier otra fórmula dietética no médica, suplementos nutricionales orales, dietas especiales, alimentos/comidas preparados y fórmulas por problemas de acceso.

Servicios de cuidados preventivos o atención preventiva

Los servicios de atención preventiva están cubiertos por la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA). Según la ACA, los servicios de atención preventiva deben incluir lo siguiente:

1. 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 (USPSTF).

2. Las vacunas de uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
3. Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y los exámenes previstos en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
4. Con respecto a las mujeres, la atención preventiva y los análisis adicionales previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA.

Los beneficios de atención preventiva obtenidos de un proveedor de la red están cubiertos sin costo compartido para el *afiliado* (es decir, cubiertos en su totalidad sin deducible, coaseguro o copago). Para obtener información actualizada sobre los beneficios de atención preventiva disponibles, acceda al sitio web del Gobierno Federal en: www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.

La atención preventiva se refiere a los servicios o medidas adoptadas para promover la salud y la detección temprana o la prevención de enfermedades y lesiones, en lugar de tratarlas o curarlas. La atención preventiva incluye, sin limitarse a ello, las vacunas, los medicamentos, el tratamiento para dejar de fumar, los exámenes y los análisis de detección adaptados a la edad, la salud y los antecedentes familiares de la persona.

Algunos servicios pueden realizarse por motivos preventivos o de diagnóstico (por ejemplo, las mamografías). Si un servicio se considera preventivo y se notifica/factura adecuadamente, estará cubierto por el beneficio de servicios de atención preventiva. Sin embargo, cuando un servicio se realice con fines de diagnóstico y se notifique/facture en consecuencia, se considerará un beneficio médico no preventivo y se aplicará el costo compartido correspondiente. Nota: Si los servicios preventivos y de diagnóstico se realizan durante la misma visita, la cuota del costo compartido aplicable se tomará para este último.

A medida que se publiquen nuevas recomendaciones y pautas de atención preventiva (por parte del USPSTF, los CDC o la HRSA), esos servicios se convertirán en beneficios de atención preventiva cubiertos. Según la ACA, la cobertura de las nuevas recomendaciones y pautas entra en vigor en la fecha de inicio o de aniversario del plan, que es un año después de la fecha de publicación de la recomendación o pauta.

Nota: Además de proporcionar cobertura de acuerdo con la ACA, también proporcionamos beneficios de atención preventiva de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Notificación

De acuerdo con el artículo 2715(d)(4) de la Ley de Servicios de Salud Pública, le avisaremos con 60 días de antelación antes de que entre en vigor cualquier modificación importante, incluido cualquier cambio en los beneficios preventivos cubiertos por este contrato. Puede acceder a nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 para obtener las respuestas a muchas de sus preguntas frecuentes sobre los servicios preventivos. Nuestro sitio web tiene recursos y funciones que facilitan la obtención de una atención de calidad. Puede acceder a nuestro sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Los Servicios de cuidados preventivos cubiertos para niños incluyen:

1. Investigación de autismo;
2. Evaluaciones del comportamiento para niños de todas las edades. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;
3. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años, y vigilancia durante la infancia;

4. Flúor como suplemento químico de prevención para niños que no reciben flúor en su fuente de agua;
5. Detección de plomo para niños en riesgo de exposición;
6. Prueba de tuberculina;
7. Evaluación y asesoría contra la obesidad; y
8. Evaluación de riesgo de salud oral para los niños pequeños entre las edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.

Los Servicios de cuidados preventivos cubiertos para la mujer, inclusive la mujer embarazada incluyen:

1. Investigación de anemia en forma rutinaria para las mujeres embarazadas;
2. Asesoramiento sobre las pruebas genéticas acerca de la mutación en los genes BRCA para mujeres en alto riesgo;
3. Asistencia integral para la lactancia materna y asesoramiento de *proveedores* capacitados, así como acceso a suministros para lactancia para mujeres embarazadas y lactando;
4. Atención anticonceptiva;
5. Evaluación y asesoramiento por violencia interpersonal y doméstica para todas las mujeres;
6. Examen de detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas que tienen alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;
7. Examen de detección de gonorrea para todas las mujeres en alto riesgo;
8. Examen de detección de Hepatitis B para las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;
9. Examen de detección y asesoramiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para las mujeres sexualmente activas;
10. Prueba de ADN del papilomavirus humano (PVH): prueba de ADN del PVH de alto riesgo cada tres años para mujeres con resultados normales de citología que tienen 30 años o más;
11. Examen de detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres en alto riesgo;
12. Asesoramiento para las mujeres sexualmente activas sobre las infecciones de transmisión sexual;
13. Visitas de bienestar para la mujer; y
14. Evaluación *para el uso de tabaco o nicotina* e intervenciones para todas las *afiliadas*, y *asesoramiento más amplio para las consumidoras de tabaco que están embarazadas.*

Los Servicios preventivos cubiertos para adultos incluyen:

1. Detección y asesoramiento para el abuso del alcohol;
2. Detección de la presión arterial para todos los adultos;
3. Detección de la depresión para adultos;
4. Detección de diabetes tipo 2 para adultos con presión arterial alta;
5. Detección de VIH para todos los adultos en alto riesgo;
6. Evaluación y asesoramiento contra la obesidad para todos los adultos;
7. Evaluaciones *para el uso de tabaco o nicotina* para todos los adultos e intervenciones para dejar de usar *tabaco o nicotina*;
8. Detección de sífilis para todos los adultos en alto riesgo; y
9. Análisis de detección de cáncer colorrectal para cualquier persona cubierta no sintomática, de acuerdo con las normas actuales de la Sociedad Americana del Cáncer. Los servicios cubiertos incluyen análisis para las personas cubiertas, a partir de los 45 años (nota: los análisis deben

comenzar antes de los 45 años de edad para adultos en alto riesgo]. Las colonoscopias de seguimiento están cubiertas si los resultados de la colonoscopia, análisis o procedimiento inicial fueron anormales.

Beneficios para exámenes y vacunas de rutina

Los beneficios para exámenes de rutina están disponibles para los siguientes servicios de cuidados preventivos:

1. Atención para niño sano (después del examen inicial del recién nacido y del alta hospitalaria);
2. Examen físico anual de rutina;
3. Examen anual de la vista;
4. Exámenes anuales de la audición, excepto por los beneficios proporcionados bajo Beneficios Requeridos para pruebas de detección de discapacidad auditiva. Las pruebas de detección para discapacidad auditiva desde el nacimiento hasta la fecha que el bebé tiene 30 días de nacido y la atención de seguimiento necesaria después del diagnóstico desde el nacimiento hasta la fecha que el niño tiene 24 meses de edad. Los cargos no están sujetos a la *cantidad del deducible*;
5. Vacunas – Los *deducibles* no se aplicarán a las vacunas de un niño dependiente de siete años de edad o menor. Las vacunas incluyen difteria, haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tosferina, poliomielitis, rotavirus, rubéola, tétano, varicela y cualquier otra vacuna que por ley sea requerida para el niño. Los cargos por vacunas no están sujetos a los requisitos de *deducible, coaseguro o copago*. Los cargos por otros servicios prestados al mismo tiempo que las vacunas están sujetos a *deducible, coaseguro y copago* de acuerdo con las provisiones regulares del *contrato*; y
6. La cobertura de los recién nacidos incluye todas las evaluaciones de detección de los recién nacidos y los kits de pruebas de detección.

No hay beneficios disponibles para gastos de *hospital de paciente internado* o gastos médicos/quirúrgicos por exámenes físicos de rutina realizados a un *paciente internado*, excepto el examen inicial de un recién nacido.

Las inyecciones para tratar alergias no se consideran vacunas bajo esta provisión de beneficio.

Beneficios para ciertos análisis de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y del cuello uterino

Los beneficios están disponibles para ciertos análisis de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer del cuello uterino, para cada *afiliado* que tenga 18 años de edad o más, para un examen anual de diagnóstico reconocido médicamente de detección temprana de cáncer de ovario y del cuello uterino. La cobertura incluye, como mínimo, un análisis de sangre CA 125, un frotis de papanicolau (Pap) convencional o un examen utilizando métodos de citología basados en líquidos según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos solos o en combinación con un análisis aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano, cualquier otro análisis o examen de detección aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de ovario.

Beneficios de las mamografías de detección y diagnóstico por imágenes

Los beneficios están disponibles para el diagnóstico o la detección de la presencia de cáncer de seno (mama) oculto para una persona *afiliada*. Los beneficios de las *mamografías de detección* se limitan a un examen anual para las personas *afiliadas* de 35 años de edad o más. Los beneficios de *diagnóstico por imágenes* se autorizan para las *afiliadas* independientemente de la edad.

La mamografía es una radiografía de la mama. Aunque las mamografías de detección se administran rutinariamente para detectar el cáncer de mama en mujeres sin síntomas aparentes, el *diagnóstico por imágenes* se usa después de resultados sospechosos en una mamografía de detección o después de que algunos signos de cáncer de mama alertan al médico para que revise el tejido.

Dichos signos pueden incluir:

- Una protuberancia
- Dolor en la mama
- Secreción del pezón
- Engrosamiento de la piel de la mama
- Cambios en el tamaño o la forma de las mamas

El *diagnóstico por imágenes* puede ayudar a determinar si estos síntomas son indicativos de la presencia de cáncer.

En comparación con las mamografías de detección, el *diagnóstico por imágenes* proporciona una radiografía más detallada de la mama mediante técnicas especializadas. También se usan en circunstancias especiales, como en el caso de pacientes con implantes mamarios.

Beneficios para la detección y prevención de la osteoporosis

Si un *afiliado* es una *persona calificada*, hay beneficios disponibles para mediciones médicamente aceptadas de la masa ósea, para la detección de masa ósea baja y para determinar los riesgos de osteoporosis y fracturas asociadas con osteoporosis.

Persona calificada significa:

1. Una afiliada posmenopáusica que no recibe tratamiento de reemplazo con estrógeno;
2. Una persona con:
 - a. Anormalidades vertebrales,
 - b. Hiperparatiroidismo primario, o
 - c. Historia de fracturas; o
3. Una persona que está:
 - a. Recibiendo tratamiento con glucocorticoides a largo plazo, o
 - b. Siendo controlada para evaluar la respuesta a o la eficacia de un tratamiento con un medicamento aprobado para la osteoporosis.

Beneficios para ciertos análisis para la detección de cáncer de próstata

Los gastos de servicios cubiertos incluyen un examen rectal digital anual y pruebas de antígeno prostático específico realizadas para determinar la concentración de antígeno prostático específico en la sangre para un *afiliado* cubierto que tenga al menos 50 años de edad; y al menos una vez al año para un *afiliado*

cubierto que tenga menos de 50 años de edad y que tenga un alto riesgo de padecer cáncer de próstata según las guías más recientes publicadas por la Sociedad Americana del Cáncer.

Beneficios para pruebas de detección temprana de la enfermedad cardiovascular

Hay beneficios disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para la arteriosclerosis y estructura y función anormal de la arteria cada cinco años cuando es realizada por un laboratorio que es certificado por una organización nacional reconocida:

1. Exploración con tomografía computarizada (CT) que mide calcificaciones en la arteria coronaria; o
2. Ultrasonografía que mide el grosor y placa de la íntima media de la arteria carótida.

Los análisis están disponibles para cada individuo cubierto que es (1) un hombre mayor de 45 años de edad y menor de 76 años de edad, o (2) una mujer mayor de 55 años de edad y menor de 76 años de edad. La persona debe ser diabética o tener riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria, teniendo como base una puntuación derivada usando el algoritmo de predicción coronaria del estudio cardíaco de Framingham que es intermedia o mayor.

Beneficios para pruebas de evaluación de discapacidad auditiva

Los beneficios deben ser realizados o autorizados por su *PCP* y están disponibles para los *gastos por servicios elegibles* incurridos por un hijo dependiente cubierto:

1. Para una prueba de evaluación para discapacidad auditiva desde el nacimiento hasta la fecha que el bebé tiene 30 días de nacido; y
2. la atención de seguimiento necesaria después del diagnóstico desde el nacimiento hasta la fecha que el niño tiene 24 meses de edad.

Los *deducibles* indicados en su *Programa de Beneficios* no aplicarán a esta provisión.

Los *servicios cubiertos* incluyen el costo de audífonos o implante coclear *necesario desde el punto de vista médico* así como servicios y suministros relacionados:

1. Servicios de adaptación y distribución y la provisión de moldes de orejas según sean necesarios para mantener el ajuste óptimo de los audífonos;
2. Todo tratamiento relacionado con audífonos e implantes cocleares, inclusive para *habilitación y rehabilitación* según sea necesario para fines educativos; y
3. Para un implante coclear, y procesador y controlador de habla externo con reemplazo de componentes necesarios cada tres años.

Limitaciones:

1. Un audífono en cada oreja cada tres años; y
2. Un implante coclear en cada oreja con reemplazo interno según sea necesario médica o audiológicamente.

Cuidado anticonceptivo y planificación familiar

Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (identificados en www.fda.gov) están *aprobados* para los *afiliados* sin *costo compartido* conforme a la Ley de cuidado de salud a bajo precio. Los *afiliados* tienen acceso a los métodos disponibles y detallados en su formulario de medicamentos o Lista de medicamentos preferidos sin *costo compartido*. Algunos métodos anticonceptivos están disponibles a

través de un beneficio médico del *afiliado*, inclusive la inserción y remoción de un aparato anticonceptivo sin *costo compartido* para los afiliados. Los anticonceptivos de emergencia están disponibles para los *afiliados* sin receta y sin costo compartido para los *afiliados*.

Los beneficios de planificación familiar/anticoncepción están cubiertos en el marco de la atención preventiva, sin costo compartido (cuando son proporcionados por un proveedor contratado). Estos beneficios incluyen lo siguiente para las mujeres adolescentes y adultas, de acuerdo con las pautas más recientes respaldadas por la HRSA. La cobertura incluye, pero sin limitarse a:

- La variedad completa de anticonceptivos actualmente identificados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE.UU. incluyendo: (1) cirugía de esterilización para mujeres, (2) dispositivos implantables, (3) dispositivos intrauterinos de cobre, (4) dispositivos intrauterinos con progestin (todas las duraciones y dosis), (5) anticonceptivos inyectables, (6) anticonceptivos orales (píldora combinada), (7) anticonceptivos orales (sólo progestin), (8) anticonceptivos orales (de uso prolongado o continuo), (9) parches anticonceptivos, (10) anillos anticonceptivos vaginales, (11) diafragmas, (12) esponjas anticonceptivas, (13) capuchones cervicales, (14) preservativos, (15) espermicidas, (16) anticoncepción de urgencia (levonorgestrel) y (17) anticoncepción de urgencia (acetato de ulipristal).
- También está disponible la cobertura de cualquier otro anticonceptivo aprobado, concedido o autorizado por la FDA (si la paciente y el médico que la atiende han determinado que es medicamento apropiado).
- Atención anticonceptiva, como: detección, educación, provisión de anticonceptivos, asesoramiento y atención de seguimiento (por ejemplo, control, evaluación y cambios, incluyendo la retirada, continuación y discontinuación de anticonceptivos).
- Instrucción en métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, incluyendo la amenorrea durante la lactancia.

Nota: Los servicios que forman parte de los servicios de atención preventiva mencionados anteriormente (por ejemplo, la anestesia proporcionada durante la cirugía de esterilización para las mujeres), también se incluyen en la atención preventiva, independientemente de que el servicio se facture por separado.

Servicios de la vista médicamente necesarios

Los servicios cubiertos incluyen:

- Exámenes de la vista para diagnosticar y tratar una presunta enfermedad o *lesión* ocular.
- Exámenes de la vista para determinar la presencia de defectos de refracción.
- *Los afiliados* a los que se les ha diagnosticado diabetes pueden referirse por sí mismos una vez al año a un *oftalmólogo* de la red (un *especialista* en enfermedades de los ojos) con el fin de recibir un examen de los ojos para la detección de enfermedades oculares. La continuación o el seguimiento del *oftalmólogo* pueden requerir una referencia a través de su *PCP*.

Los servicios de la vista en la parte médica de su *plan de salud* no incluyen:

- Referencias a un *especialista* para la evaluación y el diagnóstico de errores de refracción, incluida la presbicia, para las personas *afiliadas* mayores de 19 años.
- Exámenes de la vista exigidos por un empleador o como condición para el empleo.
- Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías oculares de refracción.
- Servicios o materiales proporcionados como resultado de cualquier ley de compensación de trabajadores o requeridos por cualquier agencia gubernamental.
- Ortóptica, entrenamiento visual o ayuda para la visión subnormal.

Estudios del sueño

Los estudios del sueño están cubiertos cuando se determina que son *médicamente necesarios*; puede ser necesaria una *autorización previa*.

Nota: Un estudio del sueño puede realizarse tanto en casa como en una *instalación*.

Beneficios de trasplantes

Servicios cubiertos para gastos de servicios de trasplantes:

Los trasplantes son un *servicio cubierto* cuando un *afiliado* es aceptado como candidato para un trasplante y obtiene *autorización previa* de acuerdo con este *contrato*. La *autorización previa* debe obtenerse a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro* aprobado fuera de la *red* cuando no haya uno adecuado en la *red*, antes de una evaluación para un trasplante. Podemos requerir información adicional tal como análisis y/o tratamiento antes de determinar necesidad médica para el beneficio de trasplante. La *autorización* debe obtenerse antes de realizar la cirugía del trasplante. Los servicios de trasplante deben cumplir con los criterios médicos tal como se establece por la Póliza de administración médica.

El beneficio de cobertura de costos compartidos relacionado con los servicios de trasplante está disponible tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto, de la siguiente manera:

1. Si tanto el donante como el receptor tienen cobertura proporcionada por el mismo titular del contrato, cada uno tendrá sus beneficios pagados por su propio programa de cobertura.
2. Si usted es el receptor del trasplante y el donante del mismo no tiene cobertura de ninguna otra fuente, los beneficios de este *contrato* se proporcionarán tanto a usted como al donante. En este caso, los pagos realizados por el donante se cargarán a los beneficios del *afiliado*.
3. Si usted es el donante del trasplante y no dispone de cobertura de ninguna otra fuente, se le proporcionarán los beneficios de este *contrato*. Sin embargo, no se proporcionarán beneficios para el receptor.
4. Si se produce un lapso de cobertura por falta de pago de la prima, no se pagará ningún servicio relacionado con los trasplantes como *servicio cubierto*.

Si determinamos que un *afiliado* y un donante son candidatos apropiados para un trasplante *médicamente necesario* o una donación en vivo, se cubrirán los siguientes gastos del servicio:

1. Evaluación previa al trasplante.
2. La extracción del órgano del donante antes del trasplante.
3. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD, siglas en inglés) (sólo cuando se usa como puente para un trasplante de corazón).
4. *Servicios ambulatorios cubiertos* relacionados con la *cirugía* de trasplante, los análisis de laboratorio previos al trasplante y el tratamiento; como las dosis altas de quimioterapia, la recolección de células madre periféricas y otras terapias con medicamentos inmunosupresores, etc. También se incluye el costo de los análisis de antígenos leucocitarios humanos, también llamados análisis de antígenos de locus de histocompatibilidad, para los antígenos A, B y DR para su uso en el trasplante de médula ósea. La cobertura está limitada a un costo máximo de \$75 por trasplante.
5. Estabilización previa al trasplante, significa una estadía como *paciente internado* para *estabilizar médicamente* para preparar para un trasplante posterior, ya sea que el trasplante ocurra o no.

6. El trasplante, incluido el costo de adquisición del órgano o la médula ósea cuando se autorice a través del *Centro de Excelencia, un centro de la red, o en nuestro centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red y los servicios se realicen en un *centro de la red*.
7. Visitas de seguimiento y tratamiento posterior al trasplante.
8. Los gastos de beneficios por trasplante incluyen servicios relacionados con los análisis de búsqueda de donantes y las pruebas de aceptabilidad de los donantes vivos potenciales.
9. Todos los gastos incurridos y los gastos médicos del donante; se pagarán según la política de receptores de trasplantes, esto excluye el viaje, el alojamiento, la comida y el millaje. Consulte la Política de Reembolso de Viajes para Trasplantes de los Afiliados para conocer los detalles de las limitaciones de reembolso en <https://ambetter.superiorhealthplan.com/resources/handbooks-forms.html>.

Estos gastos médicos están cubiertos en la medida que los beneficios permanezcan y estén disponibles bajo el *contrato del afiliado*, después que los beneficios para los gastos propios del *afiliado* hayan sido pagados. En el caso de dicha cobertura, la cobertura que de otro modo existiera de un donante vivo será secundaria a los beneficios del *contrato del afiliado* cuando el donante no tenga cobertura a su disposición de ninguna otra fuente.

Beneficios por servicios complementarios del "Centro de excelencia":

Un *afiliado* puede obtener servicios en relación con un trasplante de cualquier *médico*. Sin embargo, si un trasplante se realiza en un *Centro de Excelencia, un centro de la red, o en nuestro centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red:

1. *Nosotros* pagaremos por los siguientes servicios si se requiere que el *afiliado* viaje más de 75 millas desde el lugar de residencia hasta el *Centro de excelencia*:
2. *Pagaremos* un máximo de \$10,000 por servicio de trasplante para los siguientes servicios:
 - a. Transporte para el *afiliado*, cualquier donante vivo y el *familiar inmediato* que acompañará al afiliado al *Centro de Excelencia, un centro de la red, o en nuestro centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red, en los Estados Unidos.
 - b. Cuando el afiliado y/o el donante esté usando su vehículo de transporte personal; se requiere un registro de millaje para el reembolso.
 - c. El reembolso máximo por millaje se limita a los viajes de ida y vuelta del domicilio del afiliado al centro de trasplante, y de ida y vuelta del domicilio del donante al centro de trasplante, y se reembolsará según la norma actual de millaje del IRS por las millas recorridas con fines médicos.
 - d. Alojamiento en el *Centro de Excelencia* o cerca de él, *en un centro de la red o en nuestro centro fuera de la red aprobado* cuando no haya uno adecuado en la red para ningún donante vivo y la familia inmediata que acompañe al *afiliado* mientras éste se encuentre confinado en el *Centro de Excelencia* en los Estados Unidos. Reembolsaremos a los *afiliados* la prueba de los costos directamente relacionados con el transporte, el alojamiento y cualquiera de los siguientes artículos aprobados que se enumeran en las pautas de reembolso de trasplantes de los afiliados. Sin embargo, usted debe hacer los arreglos y proporcionar los recibos pagados necesarios para el reembolso dentro de los 6 meses de la fecha de servicio para ser reembolsado.
 - e. Los gastos relacionados con un animal de servicio certificado/registrado para el afiliado y/o el donante del trasplante.

- f. Consulte la página de recursos para afiliados para obtener los formularios de reembolso de viaje para afiliados relacionados con el trasplante e información en <https://ambetter.superiorhealthplan.com/resources/handbooks-forms.html>.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

Ningún beneficio será proporcionado o pagado bajo estos Beneficios de gastos por servicios de trasplante:

1. Para obtención de médula ósea profiláctica o células madre de sangre periférica cuando no ocurra el trasplante.
2. Para trasplantes de animal a humano.
3. Para la obtención o el transporte del órgano o el tejido, a menos que se disponga expresamente en esta provisión a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de la red* cuando no haya uno adecuado en la red.
4. Para mantener vivo a un donante para la operación de trasplante, excepto cuando se autorice a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado fuera de red* cuando no haya uno adecuado en la red.
5. Para un donante vivo cuando el donante vivo esté recibiendo un órgano trasplantado para reemplazar el órgano donado.
6. Relacionados con trasplantes no autorizados a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado* fuera de la red cuando no haya uno adecuado en la red y no está incluido en esta provisión como un trasplante.
7. Para un trasplante bajo estudio en un ensayo clínico de fase I o II en curso como se explica en la regulación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), independientemente si el ensayo está sujeto a vigilancia de la FDA.
8. El costo de adquisición del órgano o la médula ósea, cuando se proporciona en un *centro no autorizado* o no se obtiene a través del *Centro de Excelencia*, un *centro de la red*, o en nuestro *centro aprobado* fuera de red cuando no haya uno adecuado en la red.
9. Para cualquier servicio de trasplante y/o gastos de viaje para el afiliado y el donante, cuando se realicen fuera de los Estados Unidos.
10. Los siguientes elementos auxiliares que se enumeran a continuación no estarán sujetos a reembolso para los afiliados en virtud de este *contrato*:
 - a. Alcohol/tabaco
 - b. Alquiler de vehículos (a menos que la Administración de Casos lo apruebe previamente)
 - c. Mantenimiento de vehículos motorizados e híbridos, y carros eléctricos (incluye: cualquier reparación/partes, mano de obra, mantenimiento general, remolque, asistencia en carretera, etc.)
 - d. Estacionamiento, como por ejemplo, pero no limitado a un hotel, valet (aparcacoches) o cualquier otro estacionamiento fuera del hospital.
 - e. Unidades de alquiler de almacenamiento, viviendas temporales que incurren en pagos de alquiler/hipoteca.
 - f. Servicios públicos, como gas, agua, electricidad, servicios de limpieza, mantenimiento del césped, etc.
 - g. Multas por exceso de velocidad
 - h. Entretenimiento (por ejemplo, películas, visitas a museos, millaje adicional para hacer turismo, etc.)

- i. Para cualquier servicio relacionado con el cuidado de mascotas, alojamiento, comida y/o gastos de viaje; excepto los relacionados con animales de servicio certificados/registrados.
 - j. Los gastos de las personas que no sean el paciente y su acompañante cubierto.
 - k. Gastos de alojamiento cuando el *afiliado* se aloja con un pariente
 - l. Cualquier gasto que no esté respaldado por un recibo
 - m. *Upgrades* a viajes en primera clase (aire, autobús y tren)
 - n. Artículos de cuidado personal (por ejemplo, champú, desodorante, ropa)
 - o. Equipaje o artículos relacionados con el viaje, incluyendo pasaporte o tarjeta de pasaporte, identificación de viaje REAL ID, seguro de viaje, preregistro de la TSA, y tarifas de embarque anticipado, tarifas de equipaje extra.
 - p. Recuerdos (por ejemplo, camisetas, sudaderas, juguetes)
 - q. Facturas de teléfono/móvil, piezas de repuesto o compras de celulares de cualquier tipo.
 - r. Todos los demás artículos no descritos en el *contrato* como *gastos por servicios elegibles*
11. Cualquier costo de combustible o cargos de la estación de carga para los coches eléctricos, no relacionados con el viaje hacia y desde el *Centro de Excelencia* o *nuestro centro aprobado*, cuando no hay un adecuado en la red.

Aviso de medicamentos para el trasplante de órganos

Los *afiliados* no estarán sujetos a ningún cambio en el formulario que altere los términos de la cobertura de un paciente que reciba medicamentos inmunosupresores o que interrumpa la cobertura de un medicamento inmunosupresor recetado que un paciente esté recibiendo durante el año de afiliación. Debemos, en la medida de lo posible, avisar al *médico* que receta el medicamento y al paciente, o al padre o tutor legal si el paciente es un niño, o al *cónyuge*/cuidador de un *afiliado* que esté *autorizado* para dar su consentimiento al tratamiento del paciente 60 días antes de la renovación o inscripción. El aviso se hará por escrito y revelará el cambio de formulario, indicará que el *médico* que receta puede iniciar una *apelación* e incluirá información sobre el procedimiento para que el *médico* que receta inicie el proceso de *apelación del contrato*.

Como alternativa al aviso por escrito, podemos proporcionar el aviso electrónicamente si, y sólo si, el paciente elige afirmativamente recibir dicho aviso electrónicamente. El aviso revelará el cambio de formulario, indicará que el *médico* que receta puede iniciar una *apelación* e incluirá información sobre el procedimiento para que el *médico* que receta inicie el proceso de *apelación del contrato*.

En el momento en que un paciente solicita un reabastecimiento del medicamento inmunosupresor, podemos proporcionarle el aviso por escrito requerido anteriormente junto con un suministro de 60 días del medicamento inmunosupresor bajo los mismos términos permitidos anteriormente.

Atención de urgencia

No es necesaria la *referencia* de su *PCP* para los servicios de atención urgente. Los beneficios para los *gastos elegibles* para la atención de urgencia se determinarán según lo indicado en su *Programa de Beneficios*. Se exigirá un *copago*, por el importe indicado en su *Programa de Beneficios*, por cada visita de atención urgente. Por atención urgente se entiende la prestación de atención médica en un *centro* dedicado a la prestación de atención programada o no programada, sin cita previa, fuera del departamento de emergencias/sala de tratamiento de un *hospital* o de la consulta del *proveedor*. La atención médica necesaria es para una afección que no pone en peligro la vida.

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 antiraya; y
5. Ayudas para la disminución de la vista si son *médicamente necesarias*.

Los *gastos por servicios cubiertos* y suministros no incluyen:

1. Terapia visual;
2. Dos pares de anteojos como un sustituto para bifocales;
3. Reemplazo por pérdida o robo de anteojos;
4. Todo servicio de la vista, tratamiento o material no listado específicamente como un servicio cubierto;
5. *Proveedores que no pertenecen a la red*;
6. Descuento para corrección de la vista por rayos láser; y
7. Cirugía LASIK.

Los servicios pediátricos se extenderán hasta el final del año del plan en el cual ellos cumplan los 19 años de edad.

Beneficios de bienestar y otros programas

Los beneficios pueden estar disponibles para los *afiliados* por participar en ciertos programas que nosotros podemos poner a la disposición en relación con este *contrato*. Dichos programas pueden incluir programas de bienestar, programas de administración de atención médica o manejo de enfermedades. Estos programas pueden incluir una recompensa o un incentivo, que puede ganar completando diferentes actividades.

Si tiene un problema médico que puede prohibirle participar en estos programas, podemos solicitarle que proporcione una verificación, como una declaración afirmativa de su *médico*, de que su problema médico hace que sea excesivamente difícil o desaconsejable participar en el programa de bienestar o mejora de la salud, para que pueda recibir la recompensa o el incentivo.

Usted puede obtener información con respecto a programas particulares disponibles en cualquier momento visitando nuestro sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o comunicándose con Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989). Los beneficios están disponibles mientras la cobertura permanezca activa, a menos que nosotros la cambiemos como se describe en los términos y condiciones del programa. Al terminar la cobertura, los beneficios del programa ya no están disponibles.

Todos los *afiliados* son automáticamente elegibles para el programa de beneficios una vez obtengan cobertura. Los programas son opcionales, y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los *afiliados*. Los programas y beneficios disponibles en cualquier momento se vuelven parte de este *contrato* por esta referencia y están sujetos a cambio por nosotros a través de actualizaciones disponibles en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros.

Los *afiliados* pueden ganar recompensas por centrarse en su salud total. El programa de recompensas para afiliados "My Health Pays" puede ofrecer recompensas cuando los afiliados participan en actividades centradas en comer bien, moverse más, ahorrar de forma inteligente y vivir bien. Los *afiliados* pueden tener la oportunidad de ganar recompensas por completar actividades saludables en las categorías a continuación:

Comportamiento/Acción	Notas
Activación e incorporación al programa	Recompensas por la activación y la incorporación al programa
Actividades en línea [potenciadores (Power ups) y desafíos]	Frecuentes actividades en línea con contenido educativo y llamadas a la acción enfocadas a conductas de bienestar y vida saludable
Actividades clínicas	Actividades clínicas centradas en la administración de la salud, incluidas las revisiones preventivas recomendadas y la participación en la administración de la enfermedad

Las recompensas obtenidas pueden usarse para comprar artículos en la tienda en línea de recompensas My Health Pays o pueden convertirse en dólares y gastarse en artículos relacionados con la atención de la salud. Las recompensas pueden aplicarse a los determinantes sociales.

Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los *afiliados*. Si considera que no puede cumplir con un estándar para obtener una recompensa en este programa de bienestar, usted podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa a través de un medio alternativo. Los *afiliados* deben comunicarse con Servicios para los Afiliados por teléfono al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989) para que puedan trabajar con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar que ofrezca la misma recompensa y sea adecuado para usted en vista de su estado de salud.

Programas de Administración de la Atención

Entendemos las necesidades especiales de salud y estamos preparados para ayudarle a tratar las que pueda tener. Nuestros servicios de *Administración de la Atención* pueden ayudar con necesidades médicas o para la *salud del comportamiento* complejas. Si usted califica para la Administración de la Atención, lo asociaremos con un administrador de la atención. Los administradores de la atención son enfermeros(as) registrados(as) o trabajadores sociales que están especialmente capacitados para ayudarle a:

- Entender y tratar mejor su estado de salud
- Coordinar los servicios
- Localizar los recursos de la comunidad

Su administrador de la atención trabajará con usted y su médico para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Si tiene una enfermedad grave, su administrador de la atención trabajará con usted, su *médico de atención primaria (PCP)* y otros proveedores para desarrollar un plan de atención médica que cumpla con sus necesidades y las de su cuidador. Si considera que podría beneficiarse de nuestro programa de Administración de la Atención, llame a Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

SERVICIOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES GENERALES

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 del afiliado*, inclusive alguna persona relacionada con un *afiliado* por sangre, matrimonio o adopción, o quien normalmente es un miembro del hogar del *afiliado*. Esta exclusión no se aplica a los *gastos elegibles* proporcionados por un *proveedor* de servicios dentales para los beneficios dentales.
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 de cuidados preventivos.

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

1. Servicios o suministros que son proporcionados antes de la *fecha de vigencia* o después de la fecha de terminación de este *contrato*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan 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. Aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto es llevado a término o nace).
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 entre proveedores, excepto para los que cumplen con la definición de *servicios de telesalud* o *servicios médicos de telemedicina*, o por no acudir a una cita programada.

11. Períodos de espera por disponibilidad de un *profesional médico* cuando no se presta ningún tratamiento.
12. Gastos por *servicios dentales*, inclusive frenos por cualquier problema médico o dental, *cirugía* y tratamiento por *cirugía* oral, excepto como expresamente proporcionado bajo la provisión de Beneficios Médicos y Quirúrgicos
13. *Tratamiento cosmético*, excepto para *cirugía reconstructiva* para mastectomía o que esté relacionada a o sea después de una *cirugía* o una *lesión* por trauma, infección o enfermedades de la parte involucrada que estaba cubierta bajo el *contrato* o es realizada para corregir un defecto de nacimiento.
14. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
 - a. Servicios para pruebas psicológicas asociadas con la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje;
 - b. Consejería matrimonial;
 - c. Consejería prematrimonial;
 - d. Atención o análisis ordenados por el tribunal, o exigidos como condición de la libertad condicional o de la libertad vigilada. Se permitirán beneficios para los servicios que sean *médicamente necesarios* y que de otro modo estarían cubiertos por este *contrato*;
 - e. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés;
 - f. Evaluación con el fin de mantener el empleo. Se permitirán los beneficios para los servicios que de otra manera estarían cubiertos por este *contrato*.
15. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de servicios de trasplante.
16. Para *cirugía* refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
17. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
18. Para terapia vocacional o recreativa, *rehabilitación* vocacional, terapia del habla como paciente ambulatorio, o terapia ocupacional, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
19. Para anteojos, lentes de contacto, refracción ocular, terapia visual, o para cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
20. Para *servicios no probados o tratamientos experimentales o de investigación*. El hecho que un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* sea el único tratamiento disponible para una enfermedad particular no resultará en beneficios si el procedimiento es considerado que es un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
21. 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.
22. Para *cirugía* de reducción fetal.

23. 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.
24. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guiar, o acompañar a otros en cualquiera de lo siguiente: deportes semiprofesionales o profesionales; deportes intercolegiales (no incluye deportes intramuros); carrera o prueba de velocidad de cualquier vehículo no motorizado o de transporte (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); deportes de rodeo; equitación (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); escalada en roca o montañismo (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); o esquiando (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción).
25. 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.
26. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
27. Para los siguientes puntos misceláneos (excepto cuando se requiere por la ley federal o estatal): fertilización in vitro, inseminación artificial, biorretroalimentación; cuidado o complicaciones resultantes de *servicios no cubiertos*; productos quelantes; atención domiciliaria; alimentos y suplementos alimenticios, excepto para lo que está indicado en la provisión de Productos alimenticios médicos; cuidado de los pies de rutina, plantillas ortopédicas para pies o zapatos correctivos; membresía para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; servicios de enfermería privados cuando no se proporcionan en un entorno de *hospitalización*; *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*.
28. Servicios privados de enfermero(a) titulado(a) prestados a pacientes ambulatorios.
29. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
30. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.
31. *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:
- Atención prenatal;
 - Atención intraparto (o atención prestada durante el parto y el nacimiento);
 - Atención posparto (o atención para la *madre sustituta* después del parto);
 - Servicios de salud mental relacionados con el acuerdo de subrogación;

- e. Gastos relacionados con el semen del donante, inclusive la recolección y preparación para la implantación;
 - f. Los gametos o embriones del donante o el almacenamiento de los mismos relacionados con un *Acuerdo de subrogación*;
 - g. El uso de gametos o embriones congelados para lograr una futura concepción en un *Acuerdo de subrogación*;
 - h. Diagnóstico genético preimplantación relacionado con el *Acuerdo de subrogación*;
 - i. Toda complicación del niño o de la *madre sustituta* que resulte del embarazo; o
 - j. Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un *Acuerdo de subrogación*.
 - k. Todos y cada uno de los servicios de atención médica, suministros o medicamentos proporcionados a cualquier niño nacido de una *madre sustituta* como resultado de un *Acuerdo de subrogación* también están excluidos, excepto cuando el niño es el hijo adoptivo de un *afiliado* que posee un *contrato* activo con nosotros y / o el niño posee un *contrato* activo con nosotros al momento del nacimiento.
32. Para todos los servicios de atención médica obtenidos en un centro de atención urgente que sea un *proveedor que no pertenece a la red*.
33. 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.
34. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naturopatía para el tratamiento de prevención, autocuración y uso de terapias naturales.
35. Necesidad médica de servicios o suministros, en la medida en que dichos servicios o suministros se proporcionen como parte de un programa de cuidados paliativos en un hospicio.
36. Acupuntura.

TERMINACIÓN

Terminación del contrato

Toda cobertura terminará al terminar este *contrato*. Este *contrato* terminará en la primera de las siguientes:

1. Falta de pago de primas cuando se deban, sujeto a la provisión de período de gracia en este *contrato*;
2. Por cualquier razón o evento de no renovación o cancelación como se señala en la provisión de Renovación Garantizada.
 - a. El último día de cobertura es el último día del mes siguiente al mes en el cual el aviso es enviado por nosotros a menos que usted solicite una fecha efectiva de terminación más temprana.
3. Para un *menor elegible* que alcance el límite de edad de 26 años, la cobertura bajo este *contrato* para un *menor elegible* terminará a las 11:59 p.m. el último día del año en el cual el *afiliado* dependiente cumple 26 años.
 - a. La cobertura puede extenderse más allá del límite de edad para un *menor elegible dependiente* que no es capaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a su discapacidad mental, o discapacidad física, y principalmente depende de usted para apoyo y mantenimiento.
4. Usted obtiene otra cobertura esencial mínima.

Reembolso por cancelación

Le devolveremos cualquier prima pagada y no devengada debido a la terminación del *contrato*. Usted puede cancelar el *contrato* en cualquier momento informándonos por escrito. Tal cancelación entrará en vigencia al recibirse, o en una fecha posterior especificada en el aviso. Si usted cancela, nosotros inmediatamente devolveremos cualquier porción sin usar de la prima pagada, pero en cualquier caso devolveremos la porción sin usar de la prima dentro de 30 días. La prima usada será calculada en base proporcional. La cancelación no perjudicará cualquier reclamación que se haya originado antes de la fecha efectiva de cancelación.

Discontinuación

Aviso de 90 días: Si nosotros discontinuamos ofreciendo todos los *contratos* emitidos en esta forma, con el mismo tipo y nivel de beneficios, para todos los residentes del estado donde usted vive, nosotros le enviaremos a usted un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha que nosotros discontinuemos la cobertura. A usted se le ofrecerá la opción de comprar cualquier otra cobertura en el mercado individual que nosotros ofrecemos en su estado al momento de la discontinuación de este *contrato*. Esta opción para comprar otra cobertura está disponible basada en una extensión garantizada sin tener en cuenta el estado de salud.

Aviso de 180 días: Si nosotros discontinuamos ofreciendo todos los *contratos* individuales en el mercado individual en el estado donde usted vive, nosotros le enviaremos a usted y al Comisionado de Seguros un aviso por escrito al menos 180 días antes de la fecha que nosotros dejemos de ofrecer y terminemos con todos los *contratos* individuales existentes en el mercado individual en el estado donde usted vive.

Transferencia de cobertura

Si una persona deja de ser un *afiliado* debido a que esa persona ya no cumple con la definición de *afiliado dependiente* bajo el *contrato*, esa persona será elegible para continuación de cobertura. Si nos selecciona, nosotros continuaremos con la cobertura de esa persona bajo el *contrato* emitiendo un plan individual. La prima aplicable al nuevo *contrato* se determinará en base a la *residencia* de la persona que continuará con la cobertura. Todos los otros términos y condiciones del nuevo *contrato*, como se apliquen a esa persona, serán los mismos que en este *contrato*, sujetos a cualquier requisito aplicable del estado donde esa persona reside. Cualquier *cantidad deducible* y límites máximos de beneficio se cumplirán bajo el nuevo contrato en la extensión cumplida bajo este *contrato* al momento que se emite la continuación de cobertura. (Si la cobertura original contiene un *deducible* familiar que debe cumplirse por todos los *afiliados* combinados, únicamente aquellos gastos incurridos por el *afiliado* que continua con la cobertura bajo el nuevo contrato se aplicarán hacia el cumplimiento de la *cantidad deducible* bajo el nuevo contrato.)

Si la cobertura del *afiliado* termina debido a cambio en el estado marital, a usted se le puede proporcionar la cobertura que más se aproxime a la cobertura del *contrato* que estaba en efecto antes del cambio de estado marital.

Requisitos de notificación

Es su responsabilidad o la de su *afiliado dependiente* anterior notificarnos dentro de los 31 días de su divorcio legal o del matrimonio de su *afiliado dependiente*. Usted debe notificarnos de la dirección a donde deberá emitirse la continuación de cobertura de él/ella.

Restablecimiento

Para cobertura comprada fuera del Mercado de Seguros de Salud, si su *contrato* vence debido a falta de pago de la prima, se puede restablecer, siempre que:

1. Nosotros recibamos de usted una solicitud por escrito para restablecimiento dentro de un año después de la fecha que la cobertura venció; y
2. La solicitud por escrito para restablecimiento está acompañada con el pago requerido de la prima.

Para cobertura comprada a través del Mercado de Seguros de Salud, el Mercado de Seguros de Salud deberá ser contactado para el restablecimiento.

La prima aceptada para el restablecimiento puede ser aplicada a un período durante el cual no se había pagado prima. El período por el cual se pueden requerir primas retrasadas no comenzará más de 60 días antes de la fecha de restablecimiento.

Las rescisiones de anulación aplicarán a las declaraciones hechas en la solicitud de restablecimiento, basadas en la fecha de restablecimiento.

Se pueden realizar cambios en su *contrato* con respecto al restablecimiento. Estos cambios se le enviarán a usted para que usted los adjunte a su *contrato*. En todos los demás aspectos, usted y nosotros tendremos los mismos derechos que antes de que su *contrato* venciera.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como se usa aquí, el término “*terceros*” significa cualquier parte que es, o puede ser, o se afirma que es responsable de la *enfermedad* o *lesiones* de un *afiliado*. Dichas *lesiones* o *enfermedad* son referidas como “*lesiones por terceros*”. *Terceros* incluye cualquier parte actual, posible o potencialmente responsable del pago de gastos asociados con el cuidado o tratamiento de las *lesiones por terceros*, en la medida permitida por la ley de Texas.

Si una *enfermedad* o *lesión del afiliado* es causada por actos u omisiones de terceros, nosotros no cubriremos una *pérdida* en la medida que ésta sea pagada como parte de un acuerdo o resolución por cualquier *tercero*.

Si este plan proporciona beneficios bajo este *contrato* para un *afiliado* por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros*, en ese caso Superior retiene el derecho de ser reembolsado por el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan en nombre del *afiliado* que están asociados con las *lesiones por terceros*. Los derechos de Superior de recuperar aplican a cualquier recuperación realizada por o en nombre del *afiliado* de cualquier recurso, inclusive, pero sin limitarse a:

1. Pagos realizados por un *tercero* o por cualquier compañía de seguros en nombre del *tercero*;
2. Cualquier pago o recompensa bajo una póliza de cobertura de motorista sin seguro o seguro insuficiente, si el *afiliado* o la *familia inmediata del afiliado* no pagó las primas por la cobertura;
3. Cualquier compensación laboral, o recompensa por discapacidad, o acuerdo;
4. Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza automovilística, cobertura de pagos médicos por instalaciones o propietarios, o cobertura de seguro de instalaciones o propietarios; y
5. Cualquier otro pago de una fuente destinada a compensar a un *afiliado* por *lesiones por terceros*.

Al aceptar los beneficios bajo este plan, el *afiliado* específicamente reconoce el derecho de subrogación de Superior. Cuando este plan proporciona beneficios de atención médica por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros*, el plan se subrogará en los derechos del *afiliado* de recuperar contra cualquier parte en la medida del costo completo de todos los beneficios proporcionados por este plan, en la medida permitida por la ley de Texas. Superior puede proceder contra cualquier parte con o sin consentimiento del *afiliado*.

Al aceptar los beneficios bajo este plan, el *afiliado* específicamente también reconoce el derecho de Superior de ser reembolsado. Este derecho de reembolso se adhiere, en la medida permitida por la ley de Texas, cuando este plan haya proporcionado beneficios de atención médica por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros* y el *afiliado* o el representante del *afiliado* hayan recuperado cualquier cantidad de cualquier recurso en la medida permitida por la ley. Al proporcionar cualquier beneficio bajo este plan, a Superior se le concede una asignación de los activos de cualquier solución, decisión u otro pago recibido por usted en la medida por el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan. El derecho de reembolso de Superior es acumulativo con y no exclusivo del derecho de subrogación del plan, y Superior puede seleccionar ejercer cualquiera o ambos derechos de recuperación.

Como condición para nuestro pago, el *afiliado* o cualquier persona actuando en su nombre (inclusive, pero sin limitarse a, el tutor, representantes legales, patrimonio, o herederos) acuerda:

1. Cooperar completamente con nosotros para obtener información sobre la *pérdida* y su causa.
2. Informarnos inmediatamente por escrito de cualquier reclamo realizado o demanda presentada en nombre de un *afiliado* en relación con la *pérdida*.
3. Incluir la cantidad de beneficios pagados por nosotros en nombre de un *afiliado* en cualquier reclamo realizado contra cualquier *tercero*.
4. Que nosotros:
 - a. Tendremos un derecho de retención de todo dinero recibido por un *afiliado* en relación con la *pérdida* por la cual nosotros hayamos proporcionado o pagado en la medida permitida por la ley de Texas.
 - b. Podríamos dar aviso de que existe derecho de retención a cualquier agente o representante de *tercero* o *tercera parte*.
 - c. Tendremos el derecho a intervenir en cualquier demanda o acción legal para proteger nuestros derechos.
 - d. Tenemos la subrogación de todos los derechos del *afiliado* contra cualquier *tercero* en la medida permitida por la ley de Texas de los beneficios pagados en nombre del *afiliado*.
 - e. Podemos hacer valer ese derecho de subrogación independientemente del *afiliado*.
5. No tomar acciones que perjudiquen nuestros derechos de reembolso y subrogación. Esto incluye pero no se limita a, abstenerse de hacer cualquier acuerdo o recuperación el cual específicamente intenta reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan en la medida permitida por la ley de Texas.
6. Firmar, fechar, y entregarnos todo documento que solicitemos que proteja nuestros derechos de reembolso y subrogación.
7. No resolver ningún reclamo o demanda contra terceros sin proporcionarnos una notificación por escrito dentro de 30 días previos a la resolución.
8. Reembolsarnos cualquier dinero recibido de cualquier *tercero*, en la medida permitida por la ley de Texas por beneficios que nosotros pagamos por la *lesión por terceros*, si se obtuvo por acuerdo, resolución, o de otra manera, y si el pago de *terceros* está designado expresamente como un pago por gastos médicos o no está designado expresamente como un pago por gastos médicos.
9. Nosotros podemos reducir otros beneficios bajo el contrato por las cantidades que un *afiliado* haya acordado reembolsarnos.

Nosotros tenemos el derecho a ser reembolsados en su totalidad independientemente de si el *afiliado* es totalmente compensado o no por cualquier recuperación recibida de algún *tercero* por acuerdo, resolución, o de otra manera.

En el caso de una recuperación de *terceros*, nosotros pagaremos los honorarios del abogado o costos asociados con el reclamo del *afiliado* o demanda, únicamente en la medida requerida por la ley de Texas a menos que se acuerde de otra manera.

Si surge una disputa por la cantidad que un *afiliado* debe reembolsarnos, el *afiliado* (o el tutor, representantes legales, patrimonio, o herederos del *afiliado*) acepta colocar suficientes fondos en una

cuenta de garantía o fideicomiso para satisfacer la cantidad de retención máxima declarada por nosotros hasta que se resuelva la disputa.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La provisión de Coordinación de beneficios (COB, siglas en inglés), aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Plan se define más abajo.

El orden de las normas de determinación de beneficios rige el orden en que cada plan pagará un reclamo por beneficios. El plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de la póliza sin tomar en cuenta la posibilidad que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 por ciento del total de gastos permitidos.

DEFINICIONES

- (a) Un "plan" es cualquiera de los siguientes que proporcione beneficios o servicios para cuidado o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada para los afiliados de un grupo, los contratos separados se consideran parte del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.
- (1) El plan incluye: pólizas de seguros contra accidente y de salud, grupal, global, o de franquicia, excepto cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencia de cobertura de organización para el mantenimiento de la salud grupal e individual; pólizas individuales de seguro de salud y accidente; planes de beneficio individual y grupal de proveedor preferido y *planes de beneficio de proveedor exclusivo*; contratos de seguro grupal, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan por el costo de cuidado dental; componentes de atención médica de contratos de cuidado a largo plazo individual y grupal; cobertura de beneficios limitados que no es emitida para suplementar pólizas vigentes individuales o grupales; acuerdos no asegurados de cobertura grupal o de tipo grupal; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóviles; y beneficios de Medicare u otras agencias gubernamentales, según lo permitido por la ley.
- (2) El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; Texas Health Insurance Pool; cobertura de Seguro de compensación del trabajador; cobertura de compensación por confinamiento en *hospital* u otra cobertura de compensación establecida; cobertura de enfermedad especificada; cobertura de beneficio suplementario; cobertura sólo por accidente; cobertura por accidente especificado; cobertura tipo accidente escolar que cubre a estudiantes sólo por accidentes, inclusive *lesiones* atléticas, ya sea en base a "24 horas" o de "ida y vuelta de la escuela"; los beneficios proporcionados en contratos de seguro de cuidado a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios de ama de casa, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, cuidado de relevo, y *cuidado supervisado* o por contratos que pagan un beneficio diario establecido sin relación a gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas suplementarias de Medicare; un plan estatal bajo Medicaid; un plan gubernamental que por ley proporciona beneficios que exceden a aquellos de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro de salud y accidente

individual que está diseñada para integrarse plenamente con otras pólizas a través de un *deducible* variable.

Cada contrato para cobertura bajo (a)(1) o (a)(2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las normas de COB aplican sólo a una de las dos, cada una de las partes es tratada como un plan separado.

"Este plan" significa, en una provisión de COB, la parte del *contrato* que proporciona los beneficios de atención médica para la cual la provisión de COB aplica y la cual puede ser reducida debido a los beneficios de *otros planes*. Cualquier otra parte del *contrato* que proporciona servicios de atención médica está separada de este plan. Un *contrato* puede aplicar a una provisión de COB para ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, coordinación únicamente con beneficios similares, y puede aplicar a otras provisiones COB separadas para coordinar otros beneficios.

El orden de las normas de determinación de beneficios determina si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, éste determina pago por sus beneficios primero antes que para aquellos de cualquier *otro plan* sin considerar ningún otro beneficio del plan. Cuando este plan es secundario, éste determina sus beneficios después de aquellos de otro plan y puede reducir los beneficios que paga de manera que todos los beneficios del plan sean igual al 100 por ciento del total de gastos permitidos.

(b) "Gasto permitido" es un gasto de atención médica, inclusive *deducibles*, *coaseguro*, y *copagos*, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan de cobertura de la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en la forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio será considerado un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan de cobertura de la persona no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor de atención médica o médico por ley, o de acuerdo con un acuerdo contractual, tiene prohibido cobrar a un *afiliado* cubierto no es un gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

- (1) La diferencia entre el costo de una habitación de *hospital* semiprivada y una habitación de *hospital* privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para gastos de *habitación* en hospital privada.
- (2) Si una persona está cubierta por dos o más planes que no han negociado honorarios y calculan sus pagos de beneficios basándose en los honorarios usuales y acostumbrados, las cantidades permitidas o la metodología de reembolso del programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad en exceso de la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios en base a honorarios negociados, una cantidad en exceso de la más alta de los honorarios negociados no es un gasto permitido.

- (4) Si una persona está cubierta por un plan que no ha negociado honorarios y que calcula sus beneficios o servicios basándose en honorarios usuales y acostumbrados, *cantidades facturadas*, metodología de reembolso de programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios basándose en honorarios negociados, el arreglo de pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el *proveedor* de atención médica o *médico* tiene contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio por un honorario negociado específico o una cantidad de pago que es diferente al arreglo de pago del plan primario, y si el contrato del *proveedor* de atención médica o *médico* lo permite, el honorario o pago negociado debe ser un gasto permitido usado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
- (5) La cantidad de cualquier reducción de beneficios por el plan primario porque un *afiliado* cubierto no ha cumplido con las provisiones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de estos tipos de provisiones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, *autorización previa* de admisiones, y arreglos con el *médico* y *proveedor* de atención médica preferidos.
- (6) Cuando un *afiliado* también es un beneficiario de Medicare, y Medicare es primario, la cantidad autorizada, es la *cantidad autorizada* de Medicare.
- (c) "*Cantidad facturada*" es la cantidad de un cargo facturado que una compañía de seguros determina a ser cubierta por servicios proporcionados por un *proveedor* o *médico* que *no pertenece a la red*. La cantidad permitida incluye el pago de la compañía de seguros y cualquier cantidad *deducible*, *copago*, o *coaseguro* aplicable por el cual el *afiliado* es responsable.
- (d) "Plan de panel cerrado" es un plan que proporciona beneficios de atención médica para afiliados cubiertos principalmente en la forma de servicios a través de un panel de *proveedores* y *médicos* de atención médica que tienen contrato con o son empleados por el plan, y que excluye la cobertura por servicios proporcionados por otros *proveedores* de atención médica y *médicos*, excepto en casos de emergencia o referencia por un miembro del panel.
- (e) "Padre con custodia" es el padre con el derecho para designar la *residencia* primaria de un niño por una orden de tribunal bajo el Código de Familia de Texas, u otra *ley aplicable*, o en ausencia de una orden de tribunal, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año de calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

ORDEN DE LAS NORMAS DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las normas para determinar el orden de pagos de beneficios es el siguiente:

- (a) El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin relación con los beneficios bajo *otro* plan.
- (b) Excepto como se estipula en (c), un plan que no contiene una provisión de COB que sea consistente con este *contrato* es siempre primario a menos que las provisiones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es primario.

- (c) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete de beneficios básicos, y estipula que esta cobertura suplementaria debe exceder a cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas mayores que están superpuestas sobre los beneficios quirúrgicos y hospitalarios del plan base, y las coberturas del tipo de seguro que están escritas en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular pago de sus beneficios sólo cuando éste es secundario a ese *otro plan*.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuere el plan primario cuando un *afiliado* cubierto usa un *proveedor* de atención médica o *médico* no contratado, excepto por servicios de emergencia o referencias *autorizadas* que son pagadas o proporcionadas por el plan primario.
- (f) Cuando múltiples contratos proporcionan cobertura coordinada son tratados como un solo plan bajo este subcapítulo, esta sección aplica sólo al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes es regida por los términos de los contratos. Si más de una compañía de seguros paga o proporciona beneficios bajo el plan, la compañía de seguros designada como primaria dentro del plan debe ser responsable por el cumplimiento del plan con este subcapítulo.
- (g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, el orden de las normas de determinación de beneficios de este subcapítulo decide el orden en el cual los beneficios de los planes secundarios son determinados en relación entre sí. Cada plan secundario debe tomar en consideración los beneficios del plan primario o planes y beneficios de cualquier *otro plan* que, bajo las normas de este *contrato*, tiene sus beneficios determinados antes de aquellos de ese plan secundario.
- (h) Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes normas que aplique.
- (1) Dependiente o no dependiente. El plan que cubre a la persona de otra forma que no es como un dependiente, por ejemplo como un empleado, *afiliado*, titular del contrato, suscriptor, o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre a la persona como un dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como un dependiente, y primario para el plan que cubre a la persona en otra forma que no es un dependiente, entonces el orden de beneficios entre los dos planes se invierte de manera que el plan que cubre a la persona como un empleado, *afiliado*, titular del contrato, suscriptor, o jubilado es el plan secundario y el *otro plan* es el plan primario. Un ejemplo incluye un empleado jubilado.
 - (2) Hijo dependiente cubierto bajo más de un plan. A menos que haya una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de beneficios usando las siguientes normas que apliquen.

- (A) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:
 - (i) El plan del padre cuya fecha de cumpleaños ocurre primero en el año de calendario es el plan primario; o
 - (ii) Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo, es el plan primario.
 - (B) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados, o no viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:
 - (i) Si un tribunal establece que uno de los padres es el responsable por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo y el plan de ese padre conoce actualmente esos términos, ese es el plan primario. Si el padre con responsabilidad no tiene cobertura de atención médica para los gastos de atención médica del menor dependiente, y el *cónyuge* tiene, en ese caso el plan del *cónyuge* es el plan primario. Esta norma aplica a los años del plan que comenzaron después que al plan se le notifica el decreto del tribunal.
 - (ii) Si un tribunal establece que ambos padres son responsables por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, las provisiones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
 - (iii) Si un tribunal establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene responsabilidad por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, las provisiones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
 - (iv) Si no hay orden de tribunal designando responsabilidad por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, el orden de beneficios para el hijo es el siguiente:
 - (I) El plan que cubre es el del padre que tiene la custodia;
 - (II) El plan que cubre al *cónyuge* del padre que tiene la custodia;
 - (III) El plan que cubre al padre que no tiene la custodia; luego
 - (IV) El plan que cubre al *cónyuge* del padre que no tiene la custodia.
 - (C) Para un menor dependiente cubierto bajo más de un plan de individuos que no son los padres del menor, las provisiones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deben determinar el orden de beneficios como si estos individuos fueran los padres del menor.
 - (D) Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo cualquiera o ambos planes de los padres, y tiene su propia cobertura como un dependiente bajo el plan del *cónyuge*, (h)(5) aplica.
 - (E) En el caso que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan del *cónyuge* comenzó en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo uno o ambos planes de los padres, el orden de beneficios debe ser determinado aplicando la norma de la fecha del cumpleaños en (h)(2)(A) para el padre del hijo dependiente y para el *cónyuge* del dependiente.
- (3) Empleado activo, jubilado, o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir un empleado que no está despedido, ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como un empleado jubilado o despedido, o como un dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta

norma, y como resultado, el plan no acepta el orden de beneficios, esta norma no aplica. Esta norma no aplica si (h)(1) puede determinar el orden de beneficios.

- (4) COBRA o Continuación de cobertura por el estado. Si una persona cuya cobertura es proporcionada bajo COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por el estado u otra ley federal, está cubierto bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como un empleado, *afiliado*, suscriptor, o jubilado o cubre a la persona como un dependiente de un empleado, *afiliado*, suscriptor, o jubilado es el plan primario, y COBRA, u otra continuación de cobertura estatal o federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta norma, y como resultado, el plan no acepta el orden de beneficios, esta norma no aplica. Esta norma no aplica si (h)(1) puede determinar el orden de beneficios.
- (5) La cobertura de mayor o menor duración. El plan que ha cubierto a la persona por el período de tiempo más prolongado es el plan primario, y el plan que ha cubierto a la persona por el período de tiempo más corto es el plan secundario.
- (6) Si las normas precedentes no determinan el orden de beneficios, los gastos permitidos deben ser compartidos por igual entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, este plan no pagará más que lo que hubiera pagado si fuera el plan primario.

EFFECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

- (a) Cuando este plan es secundario, podría reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no sean más que el total de gastos permitidos. Para determinar la cantidad a ser pagada por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que debería haber pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido bajo este plan que no esté pagado por el plan primario. El plan secundario podría entonces reducir su pago por la cantidad para que, cuando se combine con la cantidad pagada por el plan primario, el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes por el reclamo sea igual al 100 por ciento del total de gastos permitidos para ese reclamo. Además, el plan secundario debe abonar a su *deducible* del plan cualquier cantidad que éste podría haber abonado a su *deducible* en ausencia de otra cobertura de atención médica.
- (b) Cuando un *afiliado* es también un beneficiario de Medicare, este plan es secundario. En ese caso, el gasto autorizado es reducido para reflejar la *cantidad autorizada* por Medicare. En ningún momento deberá la *cantidad autorizada* de este plan exceder lo que el plan debería pagar si fuera el plan primario. Los *afiliados* ya no pueden ser elegibles para recibir un subsidio de prima para el plan del Mercado de Seguros de Salud una vez la cobertura de Medicare entre en vigencia.
- (c) Si una persona cubierta está afiliada a dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluye la provisión de servicio por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, COB no debe aplicar entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

CUMPLIMIENTO CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES RESPECTO A LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Ciertos hechos sobre los servicios y cobertura de la atención médica se necesitan aplicar a estas normas de COB y para determinar los beneficios pagaderos bajo éste y *otros planes*. Este plan cumplirá con las leyes federales y estatales respecto a la información confidencial con el fin de aplicar estas normas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y *otros planes* que cubren los beneficios que la persona reclama. Cada persona que reclama beneficios bajo este plan debe proporcionar al plan cualquier información necesaria para aplicar estas normas y determinar beneficios.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada bajo este plan. De ser así, este plan podría pagar la cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad entonces será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. Este plan no tendrá que pagar esa cantidad otra vez. El término "pago realizado" incluye proporcionar beneficios en la forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor efectivo razonable de los beneficios proporcionados en la forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si la cantidad de pagos realizados por este plan es más de lo que debería haber pagado bajo esta provisión de COB, éste puede recuperar el exceso de una o más de las personas a quien se le haya pagado o para quien haya pagado, o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable por los beneficios o servicios proporcionados para el *afiliado* cubierto. La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en la forma de servicios.

REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO

Aviso de reclamación

Debemos recibir el aviso de reclamación dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que comenzó la *pérdida* o tan pronto como sea razonablemente posible.

Nosotros debemos recibir una solicitud para reembolso a través de la recepción de una reclamación dentro de 90 días de la fecha de servicio.

Presentación de reclamos

Los proveedores normalmente presentarán los reclamos en su nombre, pero a veces es posible que tenga que pagar por un *servicio cubierto* y presentar un reclamo de reembolso. Esto puede suceder si:

1. Su proveedor no tiene contrato con nosotros.
2. Tiene una emergencia fuera del área de servicio.

Si ha pagado por los servicios que acordamos cubrir, puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó, menos cualquier *deducible, copago o costo compartido* que sea su responsabilidad financiera.

Para solicitar el reembolso de un *servicio cubierto*, necesita una copia del reclamo detallado del *proveedor*. También necesita presentar una copia del formulario de reclamo de reembolso del afiliado publicado en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com bajo "Recursos para afiliados". Envíenos esto a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan
Attn: Claims Department- Member Reimbursement
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-3800

Después de recibir su reclamo, le haremos saber que lo hemos recibido, comenzaremos una investigación y solicitaremos todos los elementos necesarios para resolver el reclamo. Esto se tarda aproximadamente 15 días o menos.

Le avisaremos, por escrito, que hemos aceptado o rechazado su reclamo para su procesamiento dentro de los 15 días posteriores a la recepción de todos los documentos necesarios para resolver su reclamo. Si aceptamos su reclamo, haremos el pago dentro de cinco días hábiles después de informarle del pago de su reclamo. Si rechazamos su reclamo, le explicaremos la razón por la que se rechaza su reclamo. Si no podemos llegar a una decisión sobre su reclamo dentro de 15 días, le informaremos y explicaremos por qué necesitamos tiempo adicional, y tomaremos nuestra decisión de aceptar o rechazar su reclamo a más tardar el día 45 después de nuestro aviso sobre el retraso para reclamos en papel o a más tardar el día 30 después de nuestro aviso sobre el retraso para reclamos electrónicos.

Formularios de reclamación

La compañía de seguros al recibir un aviso de reclamación, proporcionará al reclamante los formularios usualmente proporcionados por la compañía de seguros para presentar *prueba de pérdida*. Si los formularios no se proporcionan antes del día 16 después de la fecha del aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este *contrato* como *prueba de pérdida* en presentarlo, dentro

del tiempo establecido en el *contrato* para presentar prueba de pérdida, prueba escrita que cubre la ocurrencia, el carácter, y la extensión de la pérdida por la cual se hace la reclamación.

Sin asignación

La cobertura, los derechos, privilegios y beneficios proporcionados bajo este *contrato* no son asignables por usted ni por nadie que actúe en su nombre, excepto a un médico u otro proveedor de atención médica. Cualquier asignación o pretendida asignación de cobertura, derechos, privilegios y beneficios proporcionados bajo este *contrato* que usted puede proporcionar o ejecutar en favor de cualquier *hospital* o de cualquier otra persona, o entidad aparte de un *médico* u otro *proveedor de atención médica* se considerará nula y sin valor, y no impondrá ninguna obligación sobre nosotros.

Sin beneficiarios terceros

Este *contrato* no pretende, ni tampoco, crea u otorga ningún derecho en favor de ningún *tercero*, inclusive pero sin limitarse a cualquier *hospital*, *proveedor* o profesional médico que le proporcione servicios a usted, y este *contrato* no deberá interpretarse como que brinda ningún derecho de beneficiarios *terceros*.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN

Proceso de queja

“*Queja*” significa cualquier insatisfacción expresada por usted oralmente o por escrito ante nosotros con cualquier aspecto de nuestra operación, inclusive pero sin limitarse a: insatisfacción con la administración del plan, procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa*; la negación, reducción, o terminación de un servicio por razones no relacionadas con necesidad médica; la forma en que se proporciona un servicio; o decisiones de desafiliación. Un *afiliado* tiene 180 días de calendario desde la fecha del incidente para presentar una *queja*. Las *quejas* se consideran estándar a menos que sean con respecto a una emergencia o negación de estadía por hospitalización continuada, en cuyo caso se considerarán aceleradas.

Si usted nos notifica oralmente o por escrito de una *queja*, nosotros, a más tardar el quinto día laborable después de la fecha de recepción de la *queja*, le enviaremos a usted una carta de acuse de recibo de la fecha que recibamos su *queja*. Si la *queja* se recibió oralmente, nosotros incluiremos un formulario de queja de una página para que la llene y nos la devuelva para la pronta resolución de la *queja*.

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

Después de recibir de usted la *queja* escrita u oral, nosotros investigaremos y le enviaremos a usted una carta con nuestra resolución. El tiempo total de acuse de recibo, investigación y resolución de una *queja* estándar no excederá los 30 días de calendario después de la fecha que nosotros recibamos su *queja*.

Para las *quejas* orales recibidas y no confirmadas por escrito, nosotros investigaremos el problema como mejor práctica y le comunicaremos los hallazgos verbalmente.

Una *queja* acelerada con respecto a una emergencia o negación de estadía por hospitalización continuada será resuelta en un día laborable de la recepción de su *queja*. La investigación y resolución deberá concluirse de acuerdo con la urgencia médica del caso y le enviaremos una carta con nuestra resolución dentro de tres días laborables.

Usted puede usar el proceso de *apelación* para resolver una disputa con respecto a la resolución de su *queja*.

Apelaciones de quejas

1. Si la *queja* no se resuelve a su satisfacción, usted tiene el derecho de presentarse personalmente ante el panel de apelación de quejas donde usted normalmente recibe los servicios de atención médica, a menos que usted acepte acudir a otra dirección; o enviar una *queja* por escrito al panel de apelación de quejas. Nosotros completaremos el proceso de apelaciones a más tardar el día 30 de calendario después de la fecha que se recibe la solicitud de *apelación*, excepto con respecto a las *apelaciones* relacionadas con las emergencias en curso o la denegación de la continuación de las

hospitalizaciones, que se concluirán de acuerdo con la urgencia médica del caso, pero en ningún caso para exceder un día laborable después de su solicitud de *apelación*.

2. Nosotros le enviaremos a usted una carta de acuse de recibo a más tardar el quinto día laborable después de la fecha que se recibe la solicitud de *apelación*.
3. Nosotros nombramos a los miembros del panel de apelación de quejas, quienes nos informarán la resolución de la disputa. El panel de apelación de quejas deberá estar formado por un número igual de personas de nuestro personal, *proveedores* y *afiliados*. Un miembro del panel de apelación de quejas no puede haber estado anteriormente involucrado en la decisión en disputa.
4. A más tardar el quinto día laborable antes de la reunión programada del panel, a menos que usted haya aceptado lo contrario, nosotros le proporcionaremos a usted o a su representante designado:
 - a. Toda documentación a ser presentada ante el panel por nuestro personal;
 - b. La especialización de cualquier *proveedor(es)* consultado(s) durante la investigación; y
 - c. El nombre y afiliación de cada uno de nuestros representantes en el panel.
5. Usted o su representante designado si usted es un menor o discapacitado, tiene derecho a:
 - a. Presentarse personalmente ante el panel de apelación de quejas;
 - b. Presentar testimonio alternativo de experto; y
 - c. Solicitar la presencia de e interrogar a cualquier persona responsable de haber realizado la determinación anterior que resultó en la *apelación*.
6. La investigación y resolución de *apelaciones* relacionadas con emergencias en curso o denegación de continuación de estadía en el hospital deberán concluirse de acuerdo con la urgencia médica del caso pero en ningún momento exceder un día laborable después de su solicitud de *apelación*.
7. Debido a la emergencia en curso o continuación de estadía en el *hospital*, y a su solicitud, nosotros proporcionaremos, en lugar de un panel de apelación de quejas, una revisión por un *proveedor* que no ha revisado previamente el caso y tiene la misma o similar especialidad que típicamente controla el problema médico, el procedimiento o tratamiento en discusión para revisar la *apelación*.
8. El aviso de nuestra decisión final de la *apelación* debe incluir una declaración de la determinación médica específica, base clínica y criterios contractuales usados para alcanzar la decisión final.

Apelación de una determinación adversa

Una "*determinación adversa*" es una decisión tomada por nosotros o nuestro Agente de revisión de la utilización de que los servicios de atención médica proporcionados o que se propone proporcionar a usted no son necesarios o apropiados *desde el punto de vista médico*.

Si usted, su representante designado, o su *proveedor* oficial no están de acuerdo con la *determinación adversa*, usted, su representante designado o su *proveedor* pueden apelar la *determinación adversa* en forma oral o por escrito. Un *afiliado* tiene 180 días de calendario a partir de la recepción de la notificación de una *determinación adversa* para presentar una *apelación*.

Para una *apelación* estándar, nosotros daremos acuse de recibo de su apelación dentro de los cinco días laborables después de recibir la apelación por escrito de la *determinación adversa*, nosotros o nuestro Agente de revisión de la utilización le enviará a usted, a su representante designado o a su *proveedor*, una carta haciendo notar la fecha de recepción de la *apelación*. La carta también incluirá una lista de documentos que usted, su representante designado o su *proveedor* deberán enviarnos o a nuestro Agente

de revisión de la utilización para la *apelación*. La *apelación* se resolverá a más tardar 30 días de calendario después de la fecha que nosotros o nuestro Agente de revisión de la utilización reciba la *apelación*.

Si usted, su representante designado o su *proveedor* oralmente apelan la *determinación adversa*, nosotros o nuestro Agente de revisión de la utilización le enviará a usted, su representante designado o su *proveedor* un formulario de apelación de una página. No se requiere que usted devuelva el formulario completado, pero lo alentamos a que lo haga porque nos ayudará a resolver su *apelación*.

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 o 72 horas, lo que sea menor, una vez recibida su solicitud.

Con respecto a la revisión retrospectiva de la utilización, si se necesita tiempo adicional debido a asuntos que están fuera de nuestro control, se le informará a usted o a su representante designado antes del trigésimo (30) día de calendario con las razones específicas por las que se necesita el tiempo adicional y el tiempo adicional no será mayor de 15 días de calendario.

Usted también puede solicitar una *apelación acelerada* para una negación de atención urgente. Responderemos a su *apelación* de atención urgente en el plazo de un día laborable o de 72 horas, lo que sea menor, una vez recibida su solicitud. Usted puede solicitar una *apelación* acelerada para atención urgente si:

1. Usted piensa que la denegación podría seriamente dañar su vida o salud.
2. Su *proveedor* piensa que usted experimentará dolor intenso sin la atención o tratamiento denegado.

Revisión externa

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.

En circunstancias que implican una afección que pone en peligro la vida, *atención de emergencia*, *afiliados* hospitalizados, denegación de *medicamentos con receta*, infusiones intravenosas, una denegación de excepción al protocolo de terapia escalonada, usted, su representante designado o su *proveedor* tienen derecho a una revisión externa inmediata sin tener que cumplir con los procedimientos para *apelaciones* internas de *determinaciones adversas*.

Usted o su representante asignado puede solicitar una revisión externa estándar dentro de cuatro (4) meses después de la fecha que usted reciba el aviso final de la determinación de *apelación* interna. Su solicitud deberá ser presentada directamente a la organización de revisión externa, y usted debe proporcionar la siguiente información: nombre y dirección, número telefónico, dirección de correo electrónico, si la solicitud es urgente o estándar, un Formulario de Designación de Representante completado si alguna persona lo presenta en su nombre, y una descripción breve de la razón por la que

usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Cuando la organización de revisión externa complete su revisión y emita su decisión, nosotros acataremos la decisión.

El procedimiento de *apelación* descrito arriba no prohíbe que usted busque otros desagravios apropiados, inclusive medidas cautelares, sentencia declaratoria, u otro desagravio disponible mediante la ley, si usted piensa que el requisito de completar el proceso de *apelación* y revisión pone a su salud en grave peligro.

Apelación acelerada y Revisión interna acelerada simultáneas

En el caso de una apelación relacionada con la atención urgente, usted o su representante autorizado también pueden solicitar una revisión interna acelerada. La solicitud de apelación interna acelerada puede ser presentada oralmente o por escrito por el *afiliado* o su representante autorizado; y toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios del plan sobre la revisión, se transmitirá entre el plan y el *afiliado* o su representante autorizado por teléfono, fax u otro método acelerado. También puede solicitar una revisión externa acelerada sin completar primero una apelación interna si sus derechos de apelación interna ya se han agotado.

Presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, inclusive las personas que han intentado solucionar *quejas* a través de nuestro proceso de sistema de *quejas* y que no están satisfechas con la resolución, pueden informar una supuesta violación al Departamento de Seguros de Texas electrónicamente en www.tdi.texas.gov o por teléfono al 1-800-252-3439.

Usted también puede enviar una copia impresa de su queja al Departamento de Seguros de Texas:

1. **Por correo:** Texas Department of Insurance, Consumer Protection (MC-CO-CPS) P.O. Box 12030, Austin, Texas 78711-2030
2. **Personalmente o por servicio de entrega:** Texas Department of Insurance, Consumer Protection (111-1A), 1601 Congress Avenue, Austin, Texas 78701
3. **Por fax:** (512) 490-1007
4. **Por correo electrónico:** ConsumerProtection@tdi.texas.gov

El Comisionado de seguros investigará la queja contra nosotros para determinar el cumplimiento dentro de 60 días después que el Departamento de Seguros de Texas haya recibido la *queja* y toda la información necesaria para que el Departamento determine el cumplimiento. El Comisionado puede extender el tiempo necesario para completar la investigación en el caso de que cualquiera de las siguientes circunstancias ocurra:

1. Se necesita información adicional;
2. Es necesaria una revisión en el sitio; o
3. Usted, el *proveedor*, o nosotros no proporcionemos todos los documentos necesarios para completar la investigación; u ocurren otras circunstancias fuera del control del Departamento.

Está prohibida la toma de represalias

1. Nosotros no tomaremos ninguna represalia contra usted, inclusive rehusar la renovación de cobertura, porque usted u otra persona actuando en su nombre haya presentado una *queja* contra nosotros o haya *apelado* una decisión hecha por nosotros.

2. Nosotros no tomaremos ninguna medida de represalia, inclusive terminar o rehusar la renovación de un *contrato*, contra un *proveedor*, porque el *proveedor* haya presentado de manera razonable una *queja* contra nosotros, en su nombre, o haya apelado una decisión hecha por nosotros.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Estamos comprometidos a:

1. Reconocer y respetar a usted como un *afiliado*.
2. Fomentar discusiones abiertas entre usted, su *proveedor* y los profesionales médicos.
3. Proporcionar información para ayudar a que usted se convierta en un cliente de atención de la salud informado.
4. Proporcionar acceso a los *servicios cubiertos* y a nuestros *proveedores de la red*.
5. Compartir nuestras expectativas sobre usted como un *afiliado*.
6. Proporcionar cobertura sin tomar en cuenta edad, etnia, raza, religión, género, orientación sexual, origen nacional, discapacidad física o mental, o estado de salud o genético esperado.

Usted tiene derecho a:

1. Participar junto con su *proveedor* y los profesionales médicos en las decisiones acerca de su atención médica. Esto incluye trabajar en cualquiera de los planes de tratamiento y tomar decisiones acerca de la atención médica. Usted debe conocer cualquier posible riesgo, problemas relacionados con la recuperación y las probabilidades de éxito. A usted no se le proporcionará ningún tratamiento sin que usted, o su representante legalmente autorizado hayan dado su libre consentimiento. Usted debe ser informado acerca de sus opciones de atención.
2. Saber quién está aprobando y realizando el procedimiento o tratamiento. Todo el probable tratamiento y la naturaleza del problema deberá ser explicado claramente.
3. Recibir los beneficios por los cuales usted tiene cobertura.
4. Ser tratado con respeto y dignidad.
5. Privacidad de su información de salud personal, conforme a las leyes estatales y federales, y a nuestras pólizas.
6. Recibir información o hacer recomendaciones, incluso cambios acerca de nuestra organización y servicios, nuestra *red de proveedores*, profesionales médicos, *hospitales*, otras instalaciones y sus derechos y responsabilidades.
7. Hablar honestamente con su *proveedor* y profesionales médicos apropiados sobre la atención adecuada y *necesaria desde el punto de vista médico* para su enfermedad, inclusive los usos nuevos de tecnología, independiente de costo o cobertura de beneficios. Esto incluye información de su *PCP* acerca de lo que puede estar mal (a un nivel conocido), sobre el tratamiento y cualquier posible resultado conocido. Su *PCP* puede informarle acerca de tratamientos que pueden o no estar cubiertos por el plan, independiente del costo. Usted tiene el derecho de saber acerca de cualquier costo que usted necesitará pagar. Esto deberá decirse a usted en palabras que pueda entender. Cuando por razones médicas no sea apropiado proporcionarle a usted esta información, la información puede ser proporcionada a un representante autorizado legalmente. Su *proveedor* pedirá su autorización para el tratamiento a menos que sea una emergencia y su vida o salud esté en grave peligro.
8. Exteriorizar *quejas* acerca sobre: nuestra organización, cualquier decisión de beneficio o cobertura que nosotros (o nuestros administradores designados) tomemos, su cobertura, o atención proporcionada.
9. Presentar una *apelación* si no está de acuerdo con ciertas decisiones que nosotros hayamos tomado.

10. Ver sus registros médicos.
11. Que se le mantenga informado acerca de los *servicios cubiertos* y no cubiertos, cambios en el programa, cómo acceder a los servicios, proveedores, información acerca de las instrucciones por anticipado, *autorizaciones*, negación de beneficios, derechos y responsabilidades de los *afiliados*, y nuestras otras reglas y pautas. Nosotros le notificaremos a usted al menos 60 días antes de la fecha efectiva de las modificaciones. Tales notificaciones incluirán las siguientes:
 - a. Cualquier cambio en los criterios de revisión clínica; y
 - b. Una declaración del efecto de dichos cambios en la responsabilidad personal del *afiliado* por el costo de dichos cambios.
12. Una lista actual de los *proveedores de la red*. Usted también puede obtener información acerca de la educación, formación y práctica de sus *proveedores de la red*.
13. Seleccionar un plan de salud o cambiar de plan de salud, dentro de las normas, sin ninguna amenaza o intimidación.
14. Acceso adecuado a profesionales médicos calificados y a tratamientos o servicios, independientemente de la edad, etnia, raza, religión, género, orientación sexual, origen nacional, discapacidad física o mental, o estado de salud o genético esperado.
15. Acceso a servicios de emergencia y urgentes *necesarios desde el punto de vista médico* las 24 horas del día, los siete días de la semana.
16. Recibir información en un formato diferente de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si usted tiene una discapacidad.
17. Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita sin poner en peligro el tratamiento futuro, y ser informado por su proveedor o proveedores de las consecuencias médicas. Usted es responsable por sus acciones si rehúsa tratamiento o si no sigue las instrucciones de su *PCP*. Usted debe discutir todas sus preocupaciones acerca del tratamiento con su *PCP*. Su *PCP* puede discutir con usted diferentes planes de tratamiento, si hay más de una opción que puede ayudarlo. Usted tomará la última decisión.
18. Seleccionar su *PCP* dentro de la *red*. Usted también tiene derecho a cambiar a su *PCP* o solicitar información sobre *proveedores de la red* cerca de su vivienda o de su trabajo.
19. Saber el nombre y el puesto de trabajo de las personas que le brindan atención. Usted también tiene el derecho de saber cuál *proveedor* es su *PCP*.
20. Un intérprete cuando usted no habla o entiende el lenguaje del área.
21. Una segunda opinión de un *proveedor de la red*, si usted quiere más información acerca de su tratamiento o desea explorar otras opciones de tratamiento.
22. Determinar qué medidas deben tomarse en relación con su salud si ya no puede tomar decisiones por sí mismo a causa de una enfermedad o porque está incapacitado. Tiene derecho a que se conozcan sus deseos completando formularios de directivas anticipadas. Prepare formularios de directivas anticipadas para las decisiones sobre la atención médica. Esto incluye planificar su tratamiento antes de que usted lo necesite. Las instrucciones o directivas por anticipado son formularios que usted puede completar para proteger sus derechos para la atención médica. Estas pueden ayudar a su *PCP* y a otros proveedores a entender sus deseos acerca de su salud. Las instrucciones o directivas por anticipado no eliminan su derecho de tomar sus propias decisiones y tendrán efecto únicamente cuando usted no puede hablar por sí mismo(a). Los ejemplos de instrucciones o directivas por anticipado incluyen:
 - a. Testamento vital;
 - b. Poder notarial para cuidado médico; o

- c. Orden de “No Resucitar”. Los *afiliados* también tienen el derecho a rehusarse a preparar instrucciones por anticipado. A usted no se le discriminará por no tener unas instrucciones por anticipado.

Usted tiene la responsabilidad de:

1. Leer todo este *contrato*.
2. Tratar a todos los profesionales y personal de atención médica con cortesía y respeto.
3. Proporcionar información precisa y completa sobre su estado actual, *enfermedades* pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros aspectos de su salud que nosotros o sus médicos necesitemos para poder proporcionarle atención médica. Usted debe dar a conocer si usted claramente entiende su atención y lo que se espera de usted. Usted necesita hacer preguntas a su *proveedor* hasta que usted entienda la atención que usted está recibiendo.
4. Revisar y entender la información que usted recibe de nosotros. Usted necesita conocer el uso apropiado de los *servicios cubiertos*.
5. Mostrar su tarjeta de identificación de *afiliado* y mantener las citas programadas con su *proveedor*, y llamar al consultorio de su *proveedor* durante las horas laborables siempre que sea posible si usted ha tenido un atraso o necesita cancelar.
6. Saber el nombre de su *médico de atención primaria (PCP)*. Usted debe establecer una relación con su *proveedor*. Usted puede cambiar a su *PCP* verbalmente o por escrito comunicándose con Servicios para los Afiliados.
7. Leer y entender de la mejor manera posible todos los materiales referentes a sus beneficios de salud o solicitar ayuda si la necesita.
8. Comprender sus problemas de salud y participar, junto con sus profesionales de atención médica y *proveedores* en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en el grado que sea posible.
9. Seguir los planes de tratamiento e instrucciones para la atención que usted ha acordado con sus profesionales de atención médica y *proveedor*.
10. Informar a sus profesionales de atención médica y *proveedores* si usted no entiende su plan de tratamiento o lo que se espera de usted. Usted debe trabajar con su *PCP* para desarrollar objetivos de tratamiento. Si usted no sigue el plan de tratamiento, usted tiene el derecho de ser informado de los resultados probables de su decisión.
11. Acatarse a todas las pautas, provisiones, políticas y procedimientos del plan de beneficios de salud.
12. Usar cualquier sala de emergencia únicamente cuando usted piensa que tiene una emergencia médica. Para recibir el resto de la atención, usted debe llamar a su *PCP*.
13. Cuando usted se afilia en esta cobertura, proporcionar toda la información acerca de cualquier otra cobertura médica que usted tenga. Si, en algún momento, usted obtiene otra cobertura médica además de esta cobertura, usted debe informar a la entidad con la cual está afiliado.
14. Pagar puntualmente su prima mensual, *la cantidad del deducible, las cantidades de copago y de coaseguro*.
15. Informar a la entidad en la cual usted se afilió a este contrato si usted tiene algún cambio en su nombre, dirección postal, o los miembros de la familia cubiertos bajo este *contrato* dentro del lapso de 60 días desde la fecha del evento.

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

1. Un plan de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) no

proporciona beneficios por servicios que usted recibe de *médicos o proveedores que no pertenecen a la red*, con las excepciones específicas como se describen en su evidencia de cobertura y a continuación.

2. Usted tiene derecho a una *red adecuada de médicos y proveedores participantes* (conocidos como "*médicos y proveedores de la red*").
 - a. 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.
3. Si su HMO *aprueba* una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un *proveedor preferido* 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*.
4. Usted puede obtener el directorio actual de los *proveedores participantes* en el siguiente sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com 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 basa en información del directorio materialmente inexacta, usted puede tener derecho a que una reclamación fuera de la red se pague al nivel de beneficio 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.

PROVISIONES GENERALES

Contrato completo

Este *contrato*, junto con la solicitud de afiliación, el *Programa de Beneficios* y cualquier enmienda o cláusula adicional adjunta, es el *contrato* completo entre usted y nosotros. Ningún agente puede:

1. Cambiar este *contrato* a menos que sea aprobado por un funcionario de Ambetter from Superior HealthPlan;
2. Eliminar cualquier provisión de este *contrato*;
3. Extender el tiempo para el pago de las primas; o
4. Eliminar cualquiera de nuestros derechos o requisitos.

Sin renuncia

Si usted o nosotros no hacemos cumplir o insistimos en el estricto cumplimiento de cualquiera de los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones de este *contrato*, no se considerará una renuncia a cualquier derecho bajo el *contrato*. Una omisión anterior a hacer cumplir firmemente este *contrato* no será una renuncia de cualquier derecho en el futuro, aún en la misma situación o serie de situaciones.

Rescisiones

Ninguna declaración de hechos falsa hecha con respecto a un *afiliado* durante el proceso de solicitud que se relacione con la asegurabilidad se usará para anular/rescindir la cobertura o denegar una reclamación a menos que:

1. Los datos tergiversados estén en la solicitud por escrito, inclusive enmiendas, firmadas por el *afiliado*;
2. Una copia de la solicitud, y cualquier enmienda, ha sido proporcionada al *afiliado(s)* o al representante personal del *afiliado*; y
3. Los datos tergiversados fueron proporcionados en forma intencional y esencial para *nuestra* determinación para emitir cobertura a cualquier *afiliado*. La cobertura de un *afiliado* será anulada/revocada y las reclamaciones denegadas si esa persona realiza una acción o práctica que constituye fraude. "Rescindir" tiene efecto retroactivo y significa que la cobertura nunca estuvo vigente.

Reembolso por fraude, tergiversación o información falsa

Durante los primeros dos años que un *afiliado* está cubierto bajo el *contrato*, si el *afiliado* comete fraude, falsificación intencionada de un hecho material o en forma intencional proporciona información falsa en referencia a la elegibilidad de cualquier *afiliado* bajo este *contrato*, o en la presentación de una reclamación por beneficios del *contrato*, nosotros tenemos el derecho de demandar que el *afiliado* nos reembolse por todos los beneficios que nosotros proporcionamos o pagamos durante el tiempo que el *afiliado* estuvo cubierto bajo el *contrato*.

De conformidad con las leyes aplicables

Cualquier parte de este *contrato* que estuviera en conflicto con las *leyes aplicables* en la *fecha de vigencia de este contrato* o en la fecha que cualquier prima era pagadera, se cambió para estar de conformidad con los requerimientos mínimos de las *leyes aplicables*.

Condiciones previas a la acción legal

Acciones legales: No se podrán iniciar acciones legales u otro tipo de acciones de reclamo para cobrar en este *contrato* antes del día 61 después de la fecha que se debe presentar la *prueba de pérdida* por escrito, de acuerdo con los requisitos de este *contrato*. No se podrán iniciar acciones legales u otro tipo de acciones de reclamo una vez transcurridos tres años desde la fecha que se debía presentar la *prueba de pérdida*.

En ocasiones, nosotros podemos estar en desacuerdo en relación a la cobertura, beneficios, primas u otras provisiones bajo este *contrato*. Un juicio es una forma costosa, que toma mucho tiempo para resolver estos desacuerdos y debe ser el último recurso de un proceso de resolución.

Información personal de salud (PHI, siglas en inglés)

Su información de salud es personal. Nos comprometemos a hacer todo lo que podamos para protegerla. Su privacidad también es importante para nosotros. Tenemos políticas y procedimientos para proteger sus expedientes médicos.

Protegemos toda la PHI oral, escrita y electrónica. Seguimos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y tenemos un Aviso de Prácticas de Privacidad. Estamos obligados a notificarle sobre estas prácticas cada año. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente. Si necesita más información o desea el aviso completo, visite <https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com/privacy-practices.html> o llame a Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1196 (Texas/TTY 1-800-735-2989).

Protegemos toda su PHI. Seguimos la ley HIPAA para mantener su información médica privada.

Idioma

Si no habla o no entiende el idioma, tiene derecho a tener los servicios de un intérprete. Para obtener ayuda con el idioma, visite: <https://ambetter.SuperiorHealthPlan.com/language-assistance.html>.

Límite de tiempo en ciertas defensas:

(a) Después del segundo aniversario de la fecha de emisión de este *contrato*, una tergiversación que no sea una tergiversación fraudulenta, realizada por el solicitante en la solicitud para el plan no puede usarse para anular el *contrato* o denegar una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en el *contrato*) comenzando después de ese aniversario.

(b) Una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en el *contrato*) comenzando después del segundo aniversario de la fecha de emisión de este *contrato* no puede ser reducida o denegada aduciendo que una enfermedad o condición física no excluida de cobertura por nombre o descripción específica efectiva en la fecha de pérdida, existía antes de la *fecha efectiva* de cobertura de este *contrato*.



Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Superior HealthPlan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Superior HealthPlan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Superior HealthPlan:

- **Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:**
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- **Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:**
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from Superior HealthPlan at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

If you believe that Ambetter from Superior HealthPlan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with:

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

You can file a complaint by mail, fax, or email. If you need help filing a complaint, Ambetter from Superior HealthPlan is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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:**
 - o Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - o 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:**
 - o Intérpretes calificados
 - o 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>.

SHP_20163873A-AMBITTER 2020
 AMB19-TX-C-00016



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 tinutulangan, 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 سؤالی 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:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા છો તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પૂછ્યું 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, ທ່ານມີອິດທິພົນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນ ລ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕໍ່ສອນຈະເຮັດວຽກຮ່ວມພາສາ, ໃຫ້ໃບໂທຫາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).