AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
DIVULGACIÓN ESCRITA DE LA COBERTURA

PROPORCIONADA POR CELTIC INSURANCE FOR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
(En adelante referido como "Ambetter from Superior HealthPlan")

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

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

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

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

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

Servicios y beneficios cubiertos

El Programa de Beneficios de Ambetter from Superior HealthPlan y folletos para todas las opciones de planes pueden encontrarse en los vínculos más abajo. Estos documentos le explicarán todos los servicios y beneficios cubiertos, inclusive el pago por los servicios de un *proveedor participante* y de un *proveedor no participante,* y la cobertura de *medicamentos con receta*, ambos genéricos y nombre de marca después que el *deducible* haya sido pagado.

El Programa de Beneficios también le proporcionará una explicación de su responsabilidad financiera para el pago de cualquier prima, *deducibles*, *copagos*, *coaseguros* u otros gastos de su propio bolsillo para servicios no cubiertos o no preferidos. Se hace notar que pagaremos los honorarios negociados o el cargo usual y acostumbrado a los *proveedores no preferidos* o *proveedores que no pertenecen a la red*, como se explica bajo la definición de "*gasto por servicio elegible*" que se encuentra en *su contrato*.

Planes de Atención Médica Esencial/Nivel Bronce

Planes de Atención Médica Balanceada/Nivel Plata

Planes de Atención Médica Segura/Nivel Oro

Servicios y beneficios de atención médica de emergencia

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

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

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

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

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

infecciones de los oídos, fiebre alta, y síntomas de gripe o vómitos.

Servicios y beneficios fuera del área

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

Responsabilidad financiera del asegurado

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

Pago de primas

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

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

Período de gracia

Cuando un *afiliado* está recibiendo subsidio de primas:

> Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de tres meses por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia el *contrato* continúa en vigencia.
>
> Si durante el período de gracia no se recibe el pago completo de la prima, la cobertura se dará por terminada el último día del primer mes durante el período de gracia, si se reciben *créditos fiscales para las primas por adelantado*.

Nosotros continuaremos pagando todas las reclamaciones apropiadas por servicios cubiertos prestados al *afiliado* durante el primero y segundo mes del período de gracia, y podrían seguir pendientes las reclamaciones por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* en el tercer mes del período de gracia. Nosotros notificaremos al Departamento de Salud y Servicio Humanos (HHS) de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas

cuando el *afiliado* está en el tercer mes del período de gracia. Nosotros continuaremos recopilando los *créditos fiscales para las primas por adelantado* del Departamento del Tesoro en nombre del *afiliado* y devolveremos los *créditos fiscales para las primas por adelantado* en nombre del *afiliado* por el segundo y tercer mes del período de gracia si el *afiliado* agota su período de gracia como se describe arriba. Un a*filiado* no es elegible para volverse a afiliar una vez la cobertura se haya dado por terminada, a menos que el *afiliado* tenga una circunstancia especial de afiliación tal como matrimonio o nacimiento en la familia o durante los períodos anuales de afiliación abierta.

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

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 30 días de calendario 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 calendario de cada mes para cobertura efectiva durante ese mes. Hay un periodo de gracia de 30 días de calendario. Esta provisión significa que si cualquier prima requerida no es pagada antes o el día que se vence, puede ser pagada durante el período de gracia. Durante el período de gracia, el *contrato* permanecerá en vigencia; sin embargo las reclamaciones podrían seguir pendientes por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el período de gracia. Nosotros notificaremos al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el *afiliado* está en el período de gracia.

Deducibles

Además de su prima, su póliza de seguro de salud requiere que usted pague la cantidad del *deducible* de una de las opciones de planes disponibles por cada persona cubierta por cada año de calendario.
Los beneficios del plan estarán disponibles después del pago de todos los *deducibles* aplicables según se muestran en su *Programa de beneficios*. Los *deducibles* se explican como sigue:

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

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

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

1. Si usted tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicarse hacia la *cantidad de deducible* “individual” serán aplicados hacia la cantidad de *deducible* “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios*.
2. Cuando se alcanza esa *cantidad de deducible* familiar, no tendrán que

pagarse *deducibles* individuales adicionales por el resto del año de calendario. Ningún *afiliado* contribuirá más de la *cantidad de deducible* individual a la *cantidad de deducible* “familiar”.

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

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

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

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

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

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

Cantidad Stop−Loss del coaseguro individual

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

Cantidad Stop−Loss del coaseguro familiar

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para todos los *afiliados* bajo su cobertura en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop−Loss del *coaseguro*” “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100% para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por todos los *afiliados* de la familia por el resto del

año de calendario para ese nivel. No se requerirá que ningún *afiliado* contribuya más que la cantidad de *coaseguro* individual a la cantidad Stop−Loss del *coaseguro* familiar.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el *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 *servicio elegible*.

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

La cantidad proporcionada o pagadera estará sujeta a:

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

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

Cambiar el deducible

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

Cobertura bajo otras provisiones del contrato

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

Limitaciones y exclusiones de la póliza de seguro de salud

No se proporcionarán ni pagarán beneficios por:

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

Aún si no está específicamente excluido en el *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 del *contrato*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan al *gasto por servicio elegible*.
3. Modificación de peso, o por tratamiento quirúrgico de la obesidad, inclusive alambrado de los dientes y todas las formas de *cirugía* de derivación gástrica, excepto en los casos específicamente cubiertos en la sección de Beneficios por Gastos Médicos Mayores del *contrato.*
4. Programas de pérdida de peso, inscripciones en gimnasios, equipo de ejercicio o programas de preparación de comidas.
5. Por reducción o aumento cosmético del seno, excepto para el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de la disforia de género para adultos mayores de 18 años.

6. Para procedimientos y tratamientos de transición o reasignación de sexo en menores de 18 años. Estos servicios incluyen los siguientes:
    a. Cirugía realizada que esteriliza al niño(a), incluyendo:
        i. Castración;
        ii. Vasectomía;
        iii. Histerectomía;
        iv. Ooforectomía
        v. Metoidioplastia;
        vi. Orquiectomía;
        vii. Penectomía;
        viii. Faloplastia; y
        ix. Vaginoplastia
    b. Mastectomía;
    c. Medicamentos recetados que inducen infertilidad transitoria o permanente:
        i. Supresión de la pubertad o medicamentos bloqueantes para detener o retrasar la pubertad normal;
        ii. Dosis suprafisiológicas de testosterona a mujeres;
        iii. Dosis suprafisiológicas de estrógenos para hombres;
    d. Extirpación de cualquier parte del cuerpo o tejido, por lo demás sano o no enfermo.
7. Para la reversión de procedimientos de esterilización electiva.
8. Aborto, excepto en los casos descritos en la cláusula de Beneficios por Gastos Médicos y Quirúrgicos de la sección de Beneficios por Gastos Médicos Mayores del *contrato*.
9. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los *gastos por servicios cubiertos*.
10. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
11. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
12. 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.
13. Períodos de espera por disponibilidad de un profesional médico cuando no se presta ningún tratamiento.
14. Gastos por *servicios dentales*, inclusive aparatos de ortodoncia (frenos) para cualquier afección médica o dental, *cirugía* y tratamiento de *cirugía* oral, excepto según lo dispuesto expresamente en su provisión de beneficios dentales, si es aplicable.
15. *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.
16. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
    a. Servicios para pruebas sicológicas 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 son *necesarios desde el punto de vista médico* y que de otro modo estarían cubiertos bajo el *contrato*;
e. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés; o
f. Evaluación con el fin de mantener el empleo. Se permitirán beneficios para los servicios que son *necesarios desde el punto de vista médico* y que de otro modo estarían cubiertos bajo el *contrato*.

17. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de Servicios de trasplante.
18. Para cirugía refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
19. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en el *contrato*).
20. Para terapia vocacional o recreativa.
21. Para anteojos, lentes de contacto, refracción ocular, terapia visual, o para cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto que esté expresamente previsto en el *contrato*.
22. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje hasta por un máximo de 90 días consecutivos.
23. 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.
24. 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.
25. Para *cirugía* de reducción fetal.
26. Excepto que específicamente se identifique como un *gasto por servicio cubierto* bajo el *contrato*, servicios o gastos para tratamientos alternativos, inclusive acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, terapia de masajes y presiones, y otras formas de tratamiento alternativo como se define por la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
27. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guiar, o acompañar a otros en cualquiera de lo

siguiente: deportes semiprofesionales o profesionales; deportes intercolegiales (no incluye deportes intramuros); carrera o prueba de velocidad de cualquier vehículo no motorizado o de transporte (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); deportes de rodeo; equitación (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); escalada en roca o montañismo (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); o esquiando (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción).

28. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras opera, monta en, o desciende de cualquier tipo de aeronave si el *afiliado* es un piloto, funcionario, o el *afiliado* pertenece a la tripulación de dicha aeronave o proporciona o recibe alguna clase de capacitación o instrucciones, o de lo contrario tiene algunas funciones que requieran que él o ella esté a bordo en la aeronave.
29. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
30. Para los siguientes puntos misceláneos: fertilización in vitro, inseminación artificial (excepto cuando se requiere por la ley federal o estatal); biorretroalimentación; cuidado o complicaciones resultantes de *servicios no cubiertos*; productos quelantes; atención domiciliaria; alimentos y suplementos alimenticios, excepto para lo que está indicado en la provisión de Productos alimenticios médicos; membresía para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado, a menos que la *ley aplicable* lo requiera, cuidados o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; 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 el *contrato*;
31. Servicios privados de un(a) enfermero(a) titulado(a) o un(a) enfermero(a) vocacional con licencia (LVN, por sus siglas en inglés) prestados a pacientes ambulatorios.
32. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
33. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.
34. Instalaciones en vehículos (modificaciones) que pueden incluir, pero no se limitan a: dispositivos adaptados en los asientos, sustitución de asas de las puertas, dispositivos de elevación, extensiones del techo y dispositivos de sujeción de las sillas de ruedas.
35. *Acuerdo de Subrogación*. Servicios de atención médica, incluidos los suministros y medicamentos relacionados con un *acuerdo de subrogación* para una *madre sustituta*, inclusive a una *afiliada* que actúe como tal o que use los servicios de una *madre sustituta* que pueda o no estar *afiliada*, y a cualquier niño nacido como resultado de un *Acuerdo de Subrogación*. Esta exclusión se aplica a todos los servicios de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un *Acuerdo de Subrogación*, a una *madre sustituta* inclusive, pero sin limitarse a:
    a. Atención prenatal;
    b. Atención intraparto (o la atención prestada durante el parto y el nacimiento);

c. Atención posparto (o atención para la *madre sustituta* después del parto);
d. Servicios de salud mental relacionados con el *Acuerdo de Subrogación*;
e. Gastos relacionados con el semen del donante, inclusive la recolección y preparación para la implantación;
f. Los gametos o embriones del donante o el almacenamiento de los mismos relacionados con un *Acuerdo de Subrogación*;
g. El uso de gametos o embriones congelados para lograr una futura concepción en un *Acuerdo de Subrogación*;
h. Diagnóstico genético preimplantación relacionado con el *Acuerdo de Subrogación*;
i. Toda complicación del niño o de la *madre sustituta* que resulte del embarazo; o
j. Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un *Acuerdo de Subrogación*, o
k. Todos y cada uno de los servicios de atención médica, suministros o medicamentos proporcionados a cualquier niño nacido de una *madre sustituta* como resultado de un *Acuerdo de Subrogación* también están excluidos, excepto cuando el niño es el hijo adoptivo del *afiliado* que posee un *contrato* activo con nosotros y/o el niño posee un *contrato* activo con nosotros al momento del nacimiento.

36. Para todos los servicios de atención médica obtenidos en *un centro de atención urgente* que sea un *proveedor que no pertenece a la red*.
37. Para los gastos, servicios y tratamientos de especialistas en Naprapatía para las afecciones causadas por un tejido miofascial o conectivo contraído, lesionado, con espasmos, moretones o afectado de cualquier otra forma.
38. Para los gastos, servicios y tratamientos de un especialista en naturopatía para el tratamiento de prevención, autocuración y uso de terapias naturales.
39. 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.
40. Acupuntura.
41. Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés).
42. Obtención de sangre del cordón umbilical.

Servicios no cubiertos y exclusiones:
No se pagarán beneficios bajo esta provisión de beneficios por servicios proporcionados o gastos incurridos:

1. Para el tratamiento con *medicamentos de venta con receta* de la disfunción eréctil o cualquier mejora del rendimiento sexual, a menos que dicho tratamiento se encuentre en el formulario.
2. Para los medicamentos de venta con receta para bajar de peso, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
3. Para agentes inmunizadores que no son requeridos por la Ley de cuidado de salud a bajo precio.
4. Por medicamentos que serán administrados al *afiliado*, por completo o en parte, en el lugar donde se suministra.

5. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
6. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *médico*.
7. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
8. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o formada por componentes que están disponibles en forma de venta libre y es terapéuticamente equivalente, excepto en el caso de los productos de venta libre que aparecen en el formulario. Esta exclusión no se aplica a los métodos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA.
9. Para medicamentos etiquetados “Precaución – limitado por la ley federal para usarse en investigación" o para medicamentos en fase de investigación o experimental.
10. Para todo medicamento que nosotros identifiquemos como duplicación terapéutica a través del Programa de revisión de utilización de medicamentos.
11. Para un suministro de más de 30 días cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la red de suministros de días extendidos. Los medicamentos de especialidad y otras categorías de medicamentos selectos se limitan a un suministro de 30 días cuando se surten al por menor o se piden por correo. Se debe tener en cuenta que sólo el suministro de 90 días está sujeto al *costo compartido* con descuento. Ambetter permite que las farmacias surtan los pedidos por correo con *costo compartido* con descuento si solicitan unirse a nuestra red de venta por correo y aceptan todos los términos y condiciones. Los pedidos por correo de menos de 90 días están sujetos a la cantidad de *costo compartido* estándar.
12. Para medicamentos extranjeros recetados, excepto aquellos asociados con una Afección Médica de Emergencia mientras usted esté viajando fuera de los Estados Unidos. Estas excepciones aplican solo a los medicamentos con una receta equivalente aprobada por la FDA que podría estar cubierta bajo este documento si se obtiene en los Estados Unidos.
13. Para la prevención de cualquier enfermedad que no sea endémica para los Estados Unidos, tal como la malaria, y donde el tratamiento preventivo está relacionado con la vacación del *afiliado* durante un viaje fuera del país. Esta sección no prohíbe la cobertura del tratamiento para las enfermedades arriba mencionadas.
14. Para medicamentos usados para fines cosméticos.
15. Para medicamentos para la infertilidad, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
16. Para toda sustancia controlada que excede los equivalentes de morfina máximos establecidos por el estado en un lapso de tiempo particular, como lo establecen las leyes y regulaciones estatales.
17. Para las cantidades de medicamentos o dosis que el Comité de Farmacia y Terapia de Ambetter determine que son ineficaces, no están probadas o no son seguras para la indicación para la que han sido recetadas, independientemente

de que tales cantidades de medicamentos o dosis hayan sido aprobadas por algún organismo gubernamental reglamentario para ese uso.

18. Para cualquier medicamento relacionado con el tratamiento restaurador dental o el tratamiento de la periodontitis crónica, cuando la administración del medicamento se realiza en el consultorio dental.
19. Para cualquier medicamento relacionado con el embarazo a través de una madre sustituta.
20. Para cualquier medicamento 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 calendario de suministro de medicamentos.
24. Medicamentos compuestos, a menos que haya al menos un ingrediente que sea un medicamento aprobado por la FDA.

Programa de restricción (Lock-in)

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

Requisitos de autorización previa para servicios

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

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

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

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

El incumplimiento con los requisitos de autorización previa puede resultar en la reducción de los beneficios o en falta de cobertura. *Los proveedores de la red no* pueden facturarle por servicios para los que no hayan obtenido la *autorización* previa requerida*.* La atención de emergencia no requiere *autorización previa.* En casos de emergencia, los beneficios no se reducirán por incumplimiento con los requisitos de la *autorización previa*. Sin embargo, usted debe comunicarse con nosotros tan pronto como sea razonablemente posible después de que ocurra la emergencia. Para conocer los detalles específicos consulte su *contrato* y *Programa de beneficios*.

Después de solicitar la *autorización previa* y de presentar toda la documentación requerida o aplicable, le informaremos a usted y a su *proveedor* si la solicitud ha sido *aprobada* de la siguiente manera:

1. Para los servicios que requieren *autorización previa*, en un plazo de tres días de calendario a partir de la recepción.
2. Para la revisión concurrente, en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud.
3. Para un tratamiento posterior a la estabilización o una enfermedad potencialmente mortal, dentro de un plazo adecuado a las circunstancias y el estado del *afiliado,* pero que no exceda de una hora a partir de la recepción de la solicitud.
4. Para las solicitudes después del servicio, en un plazo de 30 días de calendario a partir de la recepción de la solicitud.

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

Conforme a la ley federal Sin Sorpresas (No Surprises Act), si un(a) *afiliado(a)* es paciente de atención continua con respecto a un *proveedor de la red* y: se pone fin a la relación contractual con el *proveedo*r, de modo que el *proveedor de la red* ya no forma parte de la *red*; o se pone fin a los beneficios debido a un cambio en los términos de la participación del *proveedor*, en lo que respecta a los servicios que el(la) afiliado(a) está recibiendo, como paciente de atención continua, entonces el plan debe identificar que el *afiliado* cumple con la definición de paciente continuo y se le puede permitir que continúe el tratamiento bajo su cuidado. El plan debe:

1. Notificar oportunamente a cada afiliado que sea *paciente de atención continuada* la finalización y su derecho a elegir la atención transitoria continuada del proveedor o centro;
2. Proporcionar a los *afiliados* la oportunidad de notificar al plan de salud la necesidad de atención transitoria del individuo; y
3. Permitir que los *afiliados* elijan continuar con sus beneficios para el curso del tratamiento relacionado con el estatus del *afiliado* como paciente de atención continua durante el período que comienza en la fecha en que se proporciona la notificación anterior y que termina en la primera de las siguientes fechas:
    a. el período de 90 días que comienza en dicha fecha; o la
    b. fecha en que dicho individuo ya no es un paciente de atención continua con respecto a su *proveedor o centro*.

Servicios que no son de emergencia

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

Procedimientos de queja

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

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

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

Quejas aceleradas: Si su *queja* se refiere a una emergencia o a una situación en la cual usted podría ser forzado a salir prematuramente del *hospital*, la resolveremos a más tardar en un día hábil, o en 72 horas, lo que sea menos, desde el momento que la recibamos. Usted recibirá una carta con la resolución a su queja dentro de un día hábil de su solicitud.

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

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

Prohibidas las represalias

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

Acceso a los servicios de ginecología y obstetricia

Las mujeres afiliadas tendrán acceso directo a un ginecólogo obstetra (que es un

proveedor exclusivo) para los servicios de la salud femenina.

Información de la red

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

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

1. Especialidad del proveedor
2. Código postal
3. Género
4. Idiomas que habla
5. Si él/ella está actualmente aceptando nuevos pacientes o no

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

1. Nombre, dirección y números telefónicos
2. Calificaciones profesionales
3. Especialidad
4. Estado de certificación de la junta

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

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

1. Un *plan de beneficios de proveedores exclusivos* no proporciona beneficios por servicios que usted recibe de *proveedores que no pertenecen a la red*, con excepciones específicas como se describe en su *contrato* y abajo.
2. Usted tiene el derecho a una *red* adecuada de *proveedores de la red*.
   a. Si considera que la *red* es inadecuada, puede presentar una *queja* ante el Departamento de Seguros de Texas en www.tdi.texas.gov/consumer.complfrm.html.
3. Si su aseguradora *aprueba* una referencia para servicios *fuera de la red* debido a que no hay un *proveedor de la red* disponible, o si usted ha recibido *atención médica de emergencia fuera de la red*, su aseguradora debe, en la mayoría de casos, resolver la factura del *proveedor que no pertenece a la red* para que usted sólo tenga que pagar cualquier cantidad de *coaseguro, copago*, y *deducible* aplicable. Las protecciones también se aplican cuando los servicios cubiertos son:
   a. Servicios de atención médica que no sean de emergencia prestados por un

proveedor que no pertenece a la red a un *afiliado* en *un centro de la red* que no sea un *hospital* o un centro quirúrgico ambulatorio, a menos que exista una *exención de Texas* para que el *proveedor que no pertenece a la red facture el saldo*.

b. *Servicios de ambulancia aérea prestados a un afiliado por un proveedor que no pertenece a la red*.

4. Usted puede obtener un directorio actualizado de *proveedores de la red* en el siguiente sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o llamando a Servicios para los Afiliados para recibir asistencia en encontrar *proveedores de la red* disponibles. Si usted se basó en la información del directorio materialmente inexacta, usted puede tener derecho a que un reclamo por servicio fuera de la red se le pague al nivel de beneficios de la red.

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

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

El número de afiliados efectivos en el *área de servicio* de Ambetter bajo la licencia de Proveedor exclusivo (EPO) de Celtic es actualmente de 319,498. Refiérase a la tabla de abajo para un desglose de los afiliados efectivos basados en el área de servicio.

Condado	Total de afiliados efectivos
Andrews	150
Aransas	89
Armstrong	75
Atascosa	112
Austin	1,392
Bandera	305
Bastrop	292
Bell	4,513
Bexar	2,467
Blanco	169
Bosque	120
Brazoria	3,929
Brazos	1,085
Brewster	108
Brooks	374

Brown	809
Burleson	607
Burnet	115
Caldwell	156
Calhoun	672
Cameron	8,732
Camp	517
Carson	73
Castro	172
Chambers	791
Cherokee	1,360
Coke	10
Coleman	109
Collin	1,862
Collingsworth	18
Colorado	913
Comal	342
Comanche	255
Concho	91
Cooke	1,267
Dallam	125
Dallas	2,558
Deaf Smith	237
Delta	233
Denton	3,888
DeWitt	681
Donley	27
Ector	3,793
Edwards	94
El Paso	4,926
Ellis	191
Falls	55
Fannin	790
Fayette	122
Fisher	86
Fort Bend	9,880
Freestone	73
Frio	169
Galveston	1,170
Gillespie	2,772
Goliad	247
Gonzales	215

Gray	182
Grayson	2,981
Gregg	750
Grimes	1,125
Guadalupe	117
Hamilton	122
Hardin	1,000
Harris	19,844
Hartley	26
Hays	471
Henderson	2,147
Hidalgo	106,279
Hill	164
Hood	2,012
Houston	1,536
Hunt	397
Irion	272
Jack	450
Jackson	390
Jefferson	8,566
Johnson	553
Kendall	275
Kerr	1,741
Kimble	140
Kinney	24
Lampasas	219
Lavaca	405
Lee	51
Leon	461
Liberty	2,397
Limestone	116
Llano	60
Madison	535
Mason	304
Matagorda	1,723
Maverick	356
McCulloch	86
McLennan	984
Medina	1,279
Menard	63
Milam	64
Mills	37

Mitchell	110
Montague	501
Montgomery	2,931
Nacogdoches	2,069
Navarro	63
Nueces	506
Oldham	13
Orange	1,831
Palo Pinto	305
Panola	200
Parker	1,071
Parmer	125
Potter	1,678
Rains	222
Randall	758
Real	52
Refugio	82
Robertson	487
Rockwall	156
Runnels	98
Rusk	283
San Jacinto	1,795
San Saba	91
Schleicher	68
Scurry	205
Sherman	24
Smith	5,409
Somervell	66
Starr	11,652
Sterling	47
Stonewall	12
Sutton	79
Tarrant	4,935
Tom Green	2,966
Travis	1,509
Trinity	872
Tyler	582
Val Verde	294
Van Zandt	1,025
Victoria	2,263
Walker	2,298
Waller	13,342

Webb	22,752
Wharton	1,535
Wheeler	44
Willacy	474
Williamson	568
Wise	1,028
Wood	704
Zapata	2,233

Datos demográficos de la red

	Tipo de Proveedor					
Condado	**Atención primaria**	**Pediatría - Atención de rutina/primaria**	**Ginecología (OB/GYN)**	**Psiquiatría**	**Cirugía**	**Hospital General para casos agudos**
Andrews	73	12	20	6	32	6
Aransas	21	32	17	12	46	3
Armstrong	45	17	9	11	39	2
Atascosa	221	77	129	34	274	14
Austin	108	26	29	9	67	6
Bandera	229	80	138	36	286	13
Bastrop	318	154	171	53	305	13
Bell	141	85	42	41	126	11
Bexar	234	85	145	35	282	14
Blanco	283	107	172	34	287	13
Bosque	67	9	13	9	48	8
Brazoria	721	221	230	144	511	31
Brazos	70	10	5	7	39	4
Brewster	3	0	2	2	2	1
Brooks	180	93	62	11	111	6
Brown	13	1	1	1	6	4
Burleson	69	12	5	8	37	2
Burnet	313	163	176	63	317	15
Caldwell	282	116	169	34	282	12
Calhoun	32	11	14	2	25	7
Cameron	220	127	83	24	148	9
Camp	14	1	2	0	8	2
Carson	52	18	9	11	39	2
Castro	30	2	0	0	11	3
Chambers	648	194	198	143	472	25
Cherokee	78	17	22	4	84	11
Coke	42	15	12	5	21	3
Coleman	18	6	3	4	11	4
Collin	767	131	261	101	616	45
Collingsworth	13	1	0	0	5	3
Colorado	28	8	3	1	14	6
Comal	240	98	159	36	302	13
Comanche	18	1	3	0	12	5
Concho	46	16	12	5	22	4
Cooke	128	21	24	12	79	14
Dallam	8	0	0	0	2	2
Dallas	1,070	166	364	111	863	67
Deaf Smith	67	25	20	29	49	7
Delta	33	12	9	10	16	2

Denton	1,033	161	360	115	845	67
DeWitt	47	9	11	0	23	5
Donley	16	0	0	0	4	3
Ector	45	9	17	2	34	7
Edwards	48	5	8	3	17	3
El Paso	164	82	62	28	151	7
Ellis	801	104	234	87	629	50
Falls	52	20	12	18	48	6
Fannin	251	68	131	39	231	17
Fayette	64	8	4	1	25	7
Fisher	19	5	3	3	13	4
Fort Bend	661	218	227	136	503	29
Freestone	26	2	6	2	13	6
Frio	38	2	2	1	8	4
Galveston	635	198	202	140	471	26
Gillespie	44	6	15	1	22	3
Goliad	34	9	11	0	22	3
Gonzales	48	12	15	1	21	4
Gray	17	0	0	0	4	3
Grayson	323	71	144	36	271	26
Gregg	64	23	23	1	62	5
Grimes	147	23	29	25	128	11
Guadalupe	251	97	155	35	303	15
Hamilton	35	2	2	1	16	5
Hardin	74	9	6	8	15	2
Harris	809	232	250	156	564	35
Hartley	24	1	0	1	4	5
Hays	271	109	175	33	274	11
Henderson	113	22	16	3	83	12
Hidalgo	245	129	83	24	149	10
Hill	91	17	15	10	60	10
Hood	80	9	15	3	29	7
Houston	34	5	7	2	27	6
Hunt	255	63	133	33	235	18
Irion	42	15	12	5	19	1
Jack	68	5	8	1	19	8
Jackson	50	14	16	1	28	10
Jefferson	67	6	4	8	15	3
Johnson	417	50	129	29	296	33
Kendall	246	81	144	35	292	15
Kerr	43	6	15	1	22	3
Kimble	36	3	7	1	16	4
Kinney	40	5	6	2	10	2
Lampasas	37	15	6	12	25	5
Lavaca	53	13	13	1	32	7
Lee	118	69	32	25	85	7
Leon	73	11	6	8	44	7

Liberty	671	206	220	146	519	28
Limestone	48	7	10	7	39	7
Llano	23	3	3	0	11	3
Madison	75	10	6	9	50	5
Mason	21	2	2	0	7	3
Matagorda	39	14	10	6	27	9
Maverick	85	14	20	7	30	4
McCulloch	10	1	1	0	4	3
McLennan	64	19	12	19	50	8
Medina	222	77	130	35	275	14
Menard	48	16	12	5	22	4
Milam	116	78	34	36	90	9
Mills	18	1	1	0	11	4
Mitchell	13	2	4	1	6	3
Montague	20	3	2	1	13	6
Montgomery	650	203	217	140	519	28
Nacogdoches	33	7	13	1	27	4
Navarro	65	9	7	2	30	8
Nueces	22	38	17	12	45	1
Oldham	55	18	9	12	42	6
Orange	74	13	19	10	42	3
Palo Pinto	77	7	11	1	29	10
Panola	28	4	3	0	11	2
Parker	375	45	131	28	286	32
Parmer	24	7	11	18	14	5
Potter	42	17	9	11	38	2
Rains	23	7	3	7	9	2
Randall	41	17	9	11	39	3
Real	28	1	6	2	10	1
Refugio	27	11	12	2	22	4
Robertson	72	11	5	7	40	6
Rockwall	669	117	239	92	557	34
Runnels	50	20	14	8	27	3
Rusk	91	30	31	2	79	8
San Jacinto	123	18	25	19	96	9
San Saba	23	3	2	0	14	4
Schleicher	46	15	12	5	21	3
Scurry	7	0	1	0	5	3
Sherman	13	1	0	0	5	3
Smith	84	24	29	2	69	8
Somervell	40	6	9	4	23	6
Starr	180	89	61	11	109	6
Sterling	49	17	15	6	21	2
Stonewall	6	0	0	0	4	3
Sutton	22	4	2	1	8	2
Tarrant	907	119	256	92	668	56
Tom Green	43	15	12	5	21	3

Travis	342	166	184	53	318	15
Trinity	30	3	6	2	22	3
Tyler	21	3	5	0	10	1
Val Verde	22	4	2	1	8	2
Van Zandt	86	14	11	9	65	8
Victoria	43	10	12	0	25	7
Walker	113	13	24	19	100	11
Waller	717	218	242	142	549	31
Webb	77	16	19	6	29	4
Wharton	131	34	35	13	83	13
Wheeler	13	1	0	0	4	3
Willacy	220	127	83	24	148	9
Williamson	330	166	176	64	317	15
Wise	459	53	145	30	321	38
Wood	49	11	6	1	53	6
Zapata	87	16	19	6	36	3

Exenciones y Plan de acceso al mercado local

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

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

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

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

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

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

Renovación garantizada

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

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

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

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

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

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

afiliado en la presentación de un reclamo por *servicios cubiertos*.

Además de lo anterior, esta garantía para continuar la cobertura no nos impedirá cancelar o no renovar el *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 del *contrato*, inclusive cualquier requisito de puntualidad; (3) el *afiliado* ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha realizado una tergiversación intencional del hecho material relacionado con el *contrato*; o (4) un cambio en la ley federal o estatal, ya no permite la continuación ofrecida de dicha cobertura, tal como la guía de CMS relacionada con individuos elegibles para Medicare.

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Superior HealthPlan y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 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，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Superior HealthPlan에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعده تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Urdu:	اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہے جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور بر وقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro 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 et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Hindi:	अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Superior HealthPlan से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ़्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.
Persian:	اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید، سؤالی درباره Ambetter from Superior HealthPlan دارید، و انگلیسی نمی‌دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می‌کند، حق دارید کمک‌ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک‌ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به 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 und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Gujarati:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Superior HealthPlan વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Japanese:	ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Superior HealthPlanについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)のメンバーサービスにご連絡ください。
Laotian:	ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

AMB24-TX-C-00014
Ambetter from Superior HealthPlan includes EPO products that are underwritten by Celtic Insurance Company, and HMO products that are underwritten by Superior HealthPlan, Inc. These companies are each Qualified Health Plan issuers in the Texas Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Celtic Insurance Company, ©2024 Superior HealthPlan, Inc. All rights reserved. Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you're helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). For more information on your right to receive an Ambetter from Superior HealthPlan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.