



**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 caso de emergencia, llame siempre al 911 o, si se trata de una emergencia de salud del comportamiento, llame al 988 o acuda a la sala de emergencias 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 deducibles, coaseguro y cantidad máxima de su propio bolsillo, como se lista en la sección de Servicios y suministros de atención médica cubiertos de su contrato. La definición de área de servicio de Ambetter from Superior HealthPlan se define dentro de este documento.

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. Ambetter se reserva el derecho de aplicar cualquier recompensa que pueda convertirse en valor monetario obtenido a través de My Health Pays o un programa similar a cualquier prima impagada o cantidades relacionadas que usted pueda deber.

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 afiliado no es elegible para volverse a afiliar una vez la cobertura se haya dado por terminada, a menos que el afiliado tenga una circunstancia especial de afiliación tal como matrimonio o nacimiento en la familia o durante los períodos anuales de afiliación abierta.

Cuando un afiliado no está recibiendo un subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 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 de 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. En el caso de los abortos, a menos que se realicen para salvar la vida o la salud de la persona afiliada, de conformidad con la determinación apropiada del médico, y no sean ilegales según la ley aplicable.
 - 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 financiados/administrados por la escuela 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 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 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 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. 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.
 - 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 posee un contrato activo y vigente 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 proveedor, 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

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.

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 especialista. 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 255,205. 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	1,689
Aransas	936
Armstrong	114
Atascosa	162
Austin	2,192
Bandera	278
Bastrop	430
Bell	13
Bexar	3,488
Blanco	628
Bosque	80
Brazoria	13,715
Brazos	1
Brewster	26
Brooks	569
Brown	5,348

Burleson	3
Burnet	138
Caldwell	122
Calhoun	0
Cameron	767
Camp	860
Carson	1
Castro	510
Chambers	1,921
Cherokee	2,083
Coke	44
Coleman	374
Collin	719
Collingsworth	123
Colorado	1,363
Comal	354
Comanche	638
Concho	125
Cooke	1,933
Dallam	516
Dallas	5
Deaf Smith	1,383
Delta	0
Denton	0
DeWitt	50
Donley	165
Ector	17,590
Edwards	22
El Paso	1,449
Ellis	0
Falls	24
Fannin	1,246
Fayette	138
Fisher	0
Fort Bend	17,406
Freestone	58
Frio	80
Galveston	1,625
Gillespie	1,975
Goliad	1
Gonzales	100
Gray	1,151

Grayson	5,142
Gregg	3,752
Grimes	7
Guadalupe	159
Hamilton	244
Hardin	1,355
Harris	5,765
Hartley	114
Hays	0
Henderson	5,951
Hidalgo	178
Hill	145
Hood	1,940
Houston	922
Hunt	171
Irion	566
Jack	97
Jackson	556
Jefferson	17
Johnson	0
Kendall	398
Kerr	2,036
Kimble	1,305
Kinney	9
Lampasas	482
Lavaca	715
Lee	0
Leon	553
Liberty	6,407
Limestone	75
Llano	64
Madison	0
Mason	931
Matagorda	4
Maverick	133
McCulloch	3
McLennan	0
Medina	385
Menard	156
Milam	179
Mills	100
Mitchell	212

Montague	158
Montgomery	4
Nacogdoches	2
Navarro	22
Nueces	5,688
Oldham	104
Orange	3
Palo Pinto	910
Panola	1,283
Parker	732
Parmer	385
Potter	10
Rains	462
Randall	4,392
Real	43
Refugio	0
Robertson	0
Rockwall	50
Runnels	374
Rusk	4
San Jacinto	1,523
San Saba	172
Schleicher	132
Scurry	779
Sherman	861
Smith	9,101
Somervell	167
Starr	14,816
Sterling	226
Stonewall	49
Sutton	195
Tarrant	3,297
Tom Green	8,621
Travis	0
Trinity	620
Tyler	535
Val Verde	112
Van Zandt	1,979
Victoria	5
Walker	1,765
Waller	19,862
Webb	42,912

Wharton	2,056
Wheeler	152
Willacy	0
Williamson	985
Wise	1
Wood	1,689
Zapata	4

Datos demográficos de la red

Condado	Tipo de Proveedor					
	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	Cirugía	Hospital General para casos agudos
Andrews	6	0	2	0	2	1
Aransas	2	1	0	1	0	0
Armstrong	1	0	0	0	0	0
Atascosa	5	0	0	3	6	1
Austin	5	0	0	0	1	1
Bandera	5	0	0	0	0	0
Bastrop	17	8	3	0	6	1
Bell	25	11	4	8	13	2
Bexar	334	125	145	23	379	23
Blanco	1	0	0	0	0	0
Bosque	7	0	0	0	3	0
Brazoria	97	13	4	5	32	2
Brazos	83	9	3	8	39	3
Brewster	4	0	1	0	3	0
Brooks	4	0	0	0	0	0
Brown	5	0	0	0	3	1
Burleson	2	0	0	0	1	0
Burnet	10	1	1	2	5	0
Caldwell	12	1	1	0	2	0
Calhoun	7	0	2	0	1	0
Cameron	135	46	21	14	70	4
Camp	5	1	2	5	4	0
Carson	2	0	0	0	0	0
Castro	1	0	0	0	1	0
Chambers	7	0	0	1	2	0
Cherokee	10	4	3	0	3	1
Coke	0	0	0	0	0	0
Coleman	1	0	0	0	0	0
Collin	455	56	80	23	271	15
Collingsworth	0	0	0	0	0	0
Colorado	16	0	2	1	4	1
Comal	41	11	4	0	15	1
Comanche	17	1	0	0	2	0
Concho	0	0	0	0	1	0
Cooke	16	1	0	0	7	0
Dallam	1	0	0	0	0	0
Dallas	872	83	168	47	684	21
Deaf Smith	9	0	0	0	1	1

Delta	1	0	0	0	0	0
Denton	198	11	26	10	120	9
DeWitt	43	0	0	0	1	1
Donley	1	0	0	0	0	0
Ector	28	4	7	0	17	1
Edwards	0	0	0	0	0	0
El Paso	204	95	55	21	142	5
Ellis	75	7	2	0	17	2
Falls	4	0	0	0	1	0
Fannin	5	0	0	0	1	0
Fayette	8	4	1	2	3	0
Fisher	4	0	0	0	1	0
Fort Bend	228	30	24	18	71	5
Freestone	5	0	0	0	2	1
Frio	8	1	0	0	4	0
Galveston	51	2	2	5	14	0
Gillespie	26	2	1	0	9	1
Goliad	12	0	0	0	0	0
Gonzales	10	1	0	0	3	1
Gray	10	0	0	0	2	1
Grayson	28	7	1	7	18	2
Gregg	52	14	10	2	33	0
Grimes	5	0	0	0	1	0
Guadalupe	19	10	13	0	6	2
Hamilton	16	0	0	1	2	0
Hardin	14	0	0	0	0	0
Harris	1161	226	288	148	781	23
Hartley	2	1	0	0	2	0
Hays	59	19	26	2	24	1
Henderson	33	2	3	1	6	1
Hidalgo	428	90	49	10	146	8
Hill	11	0	0	0	1	0
Hood	25	6	0	1	10	1
Houston	8	0	0	0	0	0
Hunt	39	9	1	2	15	1
Irion	0	0	0	0	0	0
Jack	3	0	0	0	3	2
Jackson	4	0	1	0	2	0
Jefferson	65	7	2	8	25	1
Johnson	33	2	4	1	9	2
Kendall	25	6	1	0	8	0
Kerr	39	5	4	0	13	1
Kimble	0	0	0	0	0	0
Kinney	2	0	0	0	0	0
Lampasas	6	1	1	0	2	0
Lavaca	14	0	1	0	2	0

Lee	3	0	0	2	0	0
Leon	4	0	0	0	0	0
Liberty	38	4	0	2	2	0
Limestone	9	0	0	2	2	0
Llano	2	1	0	0	0	0
Madison	4	0	0	0	1	0
Mason	2	0	0	0	0	0
Matagorda	22	3	1	1	3	1
Maverick	16	4	3	0	2	1
McCulloch	3	0	0	0	2	0
McLennan	154	11	23	2	27	1
Medina	11	1	1	0	13	0
Menard	0	0	0	0	0	0
Milam	8	1	1	0	0	0
Mills	1	0	0	0	0	0
Mitchell	3	0	0	0	2	0
Montague	6	0	0	0	0	0
Montgomery	160	18	24	11	103	7
Nacogdoches	19	2	4	0	14	1
Navarro	15	2	4	0	10	1
Nueces	65	50	17	8	55	2
Oldham	0	0	0	0	0	0
Orange	11	1	0	0	2	0
Palo Pinto	9	1	2	0	3	1
Panola	8	0	1	0	1	1
Parker	42	3	4	1	15	1
Parmer	6	0	0	0	0	0
Potter	83	20	16	11	46	1
Rains	1	0	0	0	0	0
Randall	19	0	0	0	5	0
Real	0	0	0	0	0	0
Refugio	2	0	0	0	4	0
Robertson	5	0	0	0	0	0
Rockwall	51	3	11	2	31	3
Runnels	0	0	0	1	1	0
Rusk	12	1	2	0	3	1
San Jacinto	6	0	0	0	0	0
San Saba	0	0	0	0	0	0
Schleicher	0	0	0	0	0	0
Scurry	16	0	0	0	3	0
Sherman	2	0	0	0	0	0
Smith	66	20	24	19	86	3
Somervell	8	0	0	0	1	1
Starr	32	5	2	0	5	1
Sterling	0	0	0	0	0	0
Stonewall	2	0	0	0	1	0

Sutton	3	0	0	0	2	0
Tarrant	754	67	179	46	464	25
Tom Green	78	13	10	5	29	2
Travis	400	138	164	34	313	9
Trinity	3	0	0	0	0	0
Tyler	3	0	0	0	1	1
Val Verde	15	4	4	0	11	1
Van Zandt	2	1	0	1	1	0
Victoria	28	6	6	0	24	3
Walker	15	1	1	1	8	1
Waller	4	0	0	0	0	0
Webb	100	17	10	5	28	2
Wharton	5	3	2	1	1	0
Wheeler	0	0	0	0	2	0
Willacy	12	1	0	0	0	0
Williamson	135	103	37	16	70	4
Wise	36	4	4	1	10	0
Wood	10	0	2	0	3	0
Zapata	3	1	0	0	0	0

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."

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

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

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

San Saba						
Schleicher						
Scurry		X	X	X	X	X
Sherman		X	X		X	
Smith		X	X			
Somervell						
Starr				X	X	
Sterling						
Stonewall		X	X		X	
Sutton		X	X			
Tarrant		X	X			
Tom Green						
Travis		X	X		X	X
Trinity		X	X			
Tyler		X	X		X	
Val Verde				X	X	
Van Zandt		X	X			
Victoria	X	X	X	X	X	
Walker	X	X	X		X	
Waller	X	X	X		X	
Webb					X	
Wharton						
Wheeler			X			
Willacy						
Williamson		X	X			
Wise						
Wood		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. Si su contrato se da por terminado por cualquiera de estas razones, se lo notificaremos por escrito y por medio de comunicación electrónica.

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.