



FROM



**AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD
DESCRIPCIÓN ESCRITA DE LA COBERTURA**

PROPORCIONADA POR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN
(En adelante referido como “Ambetter from Superior HealthPlan”)

LEA DETENIDAMENTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA. Esta descripción escrita del plan proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su contrato. Este no es el contrato del seguro y sólo las disposiciones reales del contrato serán las que prevalezcan. El propio contrato establece, de forma detallada, los derechos y obligaciones de ambos, usted y su compañía de seguros. Por eso, es importante que LEA DETENIDAMENTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA.

La entidad que le proporciona esta cobertura es una HMO, Superior HealthPlan. Su Evidencia de Cobertura sólo proporciona beneficios para los servicios recibidos de los proveedores participantes, a menos que se indique lo contrario en el contrato y en la descripción escrita o que la ley requiera lo contrario.

Una red se refiere a un grupo de proveedores o instalaciones (incluidos, pero sin limitarse a ellos, los hospitales, los centros de salud mental para pacientes hospitalizados, las clínicas médicas, las clínicas para la salud del comportamiento, los acupunturistas, quiroprácticos, masajistas, enfermeros practicantes, profesionales de la medicina de la adicción, etc.) que tienen contratos con nosotros, o con nuestro contratista o subcontratista, y que han acordado proporcionar servicios de atención médica a nuestros afiliados por una tarifa acordada. Los afiliados recibirán la mayoría de los servicios de atención médica, si no todos, accediendo a la red.

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

Un proveedor de la red (o proveedor participante) significa cualquier persona o entidad que tiene contrato con Ambetter from Superior HealthPlan bajo la red Ambetter Value TX para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados bajo el contrato, inclusive, pero sin limitarse a, hospitales, hospitales de especialidad, centros de atención urgente, médicos, farmacias, laboratorios y otros profesionales de atención médica dentro de nuestra área de servicio. Si es admitido en un centro hospitalario, un médico que no sea su PCP puede dirigir y supervisar su atención.

Todos los afiliados deben elegir un PCP dentro de un grupo de proveedores. Usted puede seleccionar a cualquier PCP de la red dentro de un grupo de proveedores que esté aceptando nuevos pacientes, o usted puede seleccionar a un proveedor de la red del cual usted es paciente

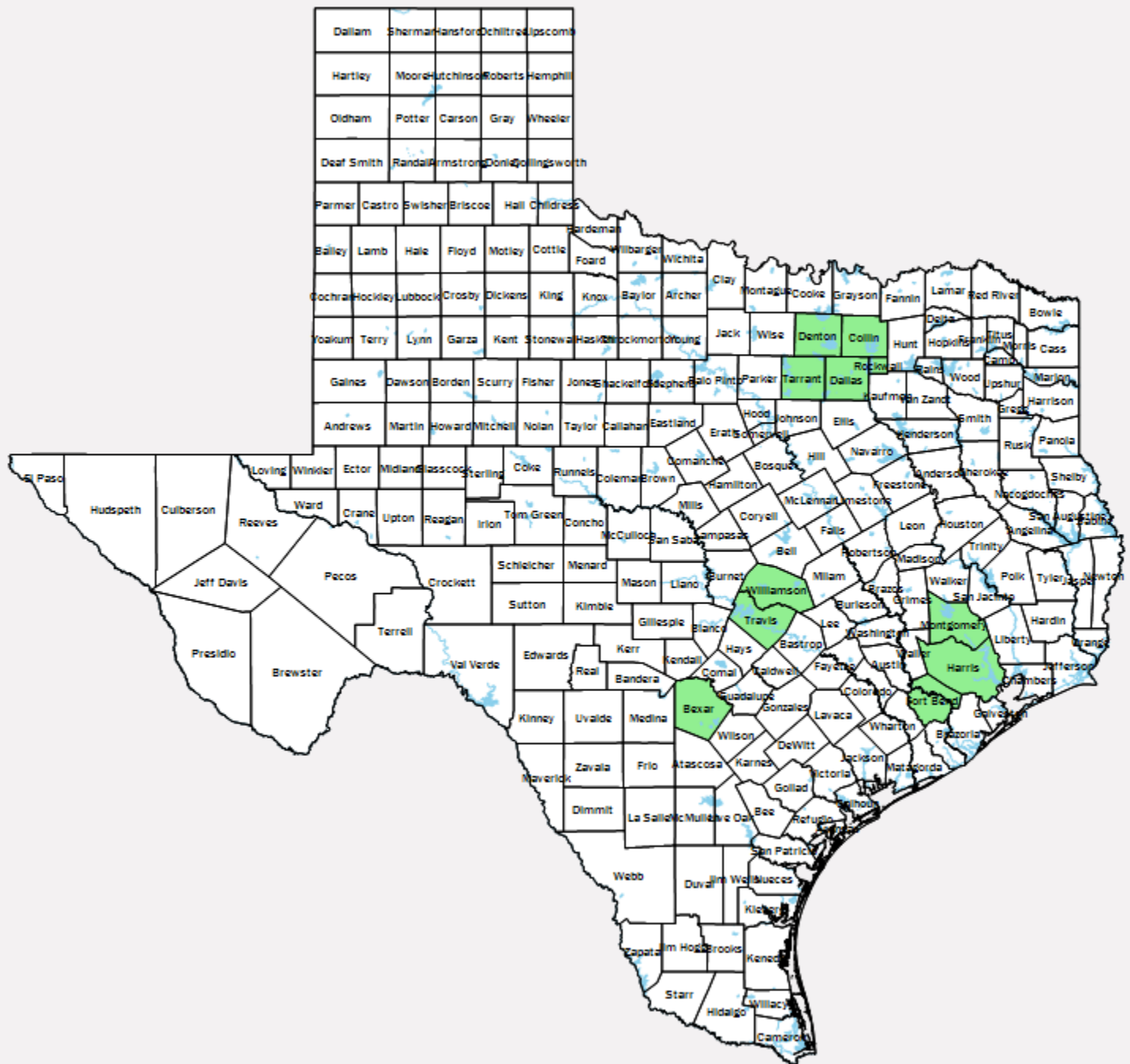
actualmente dentro de un grupo de proveedores. Si no selecciona a un PCP de la red para cada afiliado, se le asignará uno. Usted puede obtener una lista de proveedores de atención primaria de la red en nuestro sitio web o comunicándose con Servicios para los Afiliados. Hasta que se elija o se asigne un proveedor de atención primaria, los beneficios se limitarán a la cobertura para la atención de emergencia. Usted puede seleccionar cualquier PCP de la red que esté aceptando nuevos pacientes de cualquiera de los siguientes tipos de profesionales de atención médica:

1. Médicos de familia
2. Médicos generales
3. Medicina interna
4. Personal de enfermería*
5. Asistentes médicos
6. Obstetras/ginecólogos
7. Pediatras (para niños)

Su PCP coordina su atención médica, según corresponda, ya sea proporcionando tratamiento o emitiendo referencias para dirigirlo a los proveedores participantes. Cuando sea admitido en un centro de hospitalización, y sólo durante la duración de su estancia en el hospital, un médico que no sea el PCP puede dirigir y supervisar su atención. Excepto en el caso de la atención de emergencia, sólo se cubrirán los servicios proporcionados por su PCP o referidos por él. Es su responsabilidad consultar con su PCP en todos los asuntos relacionados con su atención médica. Si su PCP realiza, sugiere o recomienda un tratamiento que incluye servicios que no son servicios cubiertos, el costo total de dichos servicios no cubiertos será su responsabilidad.

Además de un PCP, las mujeres afiliadas también pueden elegir un obstetra/ginecólogo participante (obstetricia/ginecología [OB/GYN]) para las afecciones ginecológicas y obstétricas, incluidos los exámenes anuales de bienestar femenino y la atención de maternidad, sin tener que obtener primero una referencia de un PCP o comunicarse con nosotros. Los proveedores de servicios de salud mental o trastornos por uso de sustancias no necesitan una referencia. Los afiliados a los que se les haya diagnosticado una enfermedad crónica, incapacitante o que ponga en peligro su vida pueden solicitar la aprobación para elegir a un especialista participante como PCP mediante el proceso descrito en la provisión de Especialista como Proveedor de Atención Primaria.

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO



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 participantes. Se hace notar que pagaremos los honorarios negociados o el cargo usual y acostumbrado a los proveedores no participantes 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 por lesión cerebral adquirida

Los beneficios para los gastos de servicios elegibles incurridos para el tratamiento médicamente necesario de una lesión cerebral adquirida se determinarán en la misma base que el tratamiento para cualquier otra afección física si dichos servicios son necesarios como resultado de y relacionados con una lesión cerebral adquirida e incluyen:

1. Terapia de rehabilitación cognitiva,
2. Terapia de comunicación cognitiva,
3. Terapia y rehabilitación neurocognitiva;
4. Pruebas y tratamiento neuroconductual (neurocomportamental), neuropsicológico, neurofisiológico y psicofisiológico;
5. Terapia de neuroretroalimentación,
6. Remediación necesaria y relacionada con el tratamiento de una lesión cerebral adquirida,
7. Están cubiertos los servicios de transición post-aguda y los servicios de reinserción en la comunidad, incluidos los servicios ambulatorios de tratamiento diurno, o cualquier otro servicio de tratamiento post-agudo, si dichos servicios son necesarios como consecuencia de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con la misma.

Conforme al artículo 1352.003(e) del Código de Seguros, un plan de beneficios de salud debe incluir la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta por el plan que haya sufrido una lesión cerebral adquirida, no haya respondido al tratamiento y posteriormente responda al tratamiento.

El tratamiento de una lesión cerebral adquirida puede proporcionarse en un hospital, en un hospital de rehabilitación de agudos o post-agudos, en un centro de enfermería especializada, en un centro de vida asistida o en cualquier otro centro donde se proporcionan los servicios cubiertos. Los objetivos del tratamiento para los servicios pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o desaceleración de un mayor deterioro. Los servicios de atención de custodia (cuidados supervisados) y de enfermería a largo plazo no están cubiertos por el contrato.

Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado después del tratamiento agudo, este plan incluye la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta que:

1. Haya sufrido una lesión cerebral adquirida;
2. No ha respondido al tratamiento;
3. Se encuentra médicamente estable; y
4. Para garantizar que se proporcione un tratamiento adecuado después del tratamiento agudo, este plan incluye la cobertura de los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta con la expectativa de que, con la prestación de estos servicios y apoyo, la persona pueda volver a un entorno comunitario, en lugar de residir en un centro asistencial.

Los objetivos del tratamiento para los servicios pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o disminución de un mayor deterioro.

Tratamiento de las alergias

Los servicios cubiertos para análisis y tratamientos deben ser proporcionados o coordinados por su PCP.

Servicios de ambulancia

Beneficios del servicio de ambulancia aérea

Los gastos cubiertos incluirán los servicios de transporte en ambulancia por tierra, agua, ala fija y ala rotatoria desde el domicilio, lugar del accidente o afección de emergencia, sujeto a otras limitaciones de la cobertura que se mencionan a continuación:

1. En los casos en que el afiliado tenga una afección de emergencia, al hospital más cercano que pueda proporcionar los servicios adecuados para tratar la afección de emergencia, sujeto a otras limitaciones de cobertura que se mencionan a continuación como afección de emergencia.
2. A la unidad de cuidados especiales neonatales para recién nacidos más cercana para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos congénitos de nacimiento o complicaciones de nacimiento prematuro que requieran ese grado de atención.
3. Transporte entre hospitales o entre un hospital y un nivel de atención más adecuado cuando lo autorice Ambetter from Superior HealthPlan.
4. Cuando lo ordene un empleador, una escuela, un bombero o un funcionario de seguridad pública y el afiliado no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando el afiliado sea requerido por nosotros para pasar de un proveedor que no pertenece a la red a un proveedor de la red.

Beneficios del servicio de ambulancia para el transporte terrestre y acuático

El transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia requiere autorización previa. No se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia cuando el afiliado tiene una afección de emergencia. **NOTA:** No se le debe facturar el saldo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos.

Los gastos de servicios cubiertos incluirán los servicios de ambulancia para el transporte terrestre y acuático al domicilio, lugar del accidente o afección de emergencia:

1. En caso de que el afiliado tenga una afección de emergencia, al hospital más cercano que pueda prestar servicios de emergencia adecuados para la afección de emergencia del afiliado.
2. A la unidad de cuidados especiales neonatales para recién nacidos más cercana para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos congénitos de nacimiento o complicaciones de nacimiento prematuro que requieran ese grado de atención.
3. Transporte entre hospitales o entre un hospital y un nivel de atención más adecuado cuando lo autorice Ambetter from Superior HealthPlan.
4. Cuando lo ordene un empleador, una escuela, un bombero o un funcionario de seguridad pública y el afiliado no esté en condiciones de negarse; o
5. Cuando el afiliado sea requerido por nosotros para pasar de un proveedor que no pertenece a la red a un proveedor de la red.

Beneficios para el trastorno del espectro autista

Para propósitos de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

1. Servicios de evaluación y valoración;
2. Terapia de análisis de comportamiento aplicado;
3. Control del comportamiento y capacidades del comportamiento;
4. Servicios de habilitación para personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista;
5. Terapia del habla;
6. Terapia ocupacional;
7. Fisioterapia;
8. Atención psiquiátrica, como los servicios de asesoramiento prestados por un psiquiatra, un psicólogo, un consejero profesional o un trabajador social clínico con licencia; y
9. Medicamentos o complementos nutritivos usados para tratar síntomas del trastorno del

espectro autista.

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están cubiertos cuando un quiropráctico participante encuentra que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico para tratar o diagnosticar trastornos neuromusculoesqueléticos en régimen ambulatorio.

Cobertura de ensayo clínico

La cobertura de ensayo clínico incluye los costos de cuidado del paciente de rutina incurridos como resultado de un ensayo clínico de fase I, II, III o fase IV aprobado, y el ensayo clínico se realiza con el propósito de prevención, detección temprana, o tratamiento de cáncer, o de otra enfermedad o afección potencialmente mortal.

Servicios de diálisis

Los gastos por servicios y suministros cubiertos incluyen:

1. Servicios proporcionados en una instalación de diálisis para pacientes ambulatorios, o cuando los servicios se proporcionan en la casa por un proveedor de la red;
2. Procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre;
3. Servicios de diálisis proporcionados en un hospital;
4. Tratamiento de diálisis de una enfermedad renal aguda o crónica, que incluye el uso de apoyo de una máquina de riñón artificial.

Equipo médico duradero

Los servicios y suministros cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Equipo de hemodiálisis.
2. Muletas y reemplazo de almohadillas y puntas.
3. Máquinas de presión.
4. Bomba de infusión para líquidos y medicamentos intravenosos (IV).
5. Glucómetro.
6. Tubo de traqueotomía.
7. Monitores cardíacos, neonatales y para apnea del sueño.
8. Aparatos para aumentar la comunicación están cubiertos cuando nosotros los aprobamos basados en la afección del afiliado.
9. Máquinas de análisis INR en casa.

Suministros médicos y quirúrgicos

Cobertura para suministros médicos no duraderos y equipo para el control de enfermedades y tratamiento de afecciones médicas y quirúrgicas.

Aparatos ortésicos y protésicos

Los dispositivos ortésicos y protésicos deben ser proporcionados y organizados por su PCP y requerirán autorización previa. Nosotros cubriremos el modelo de aparato ortésico y protésico más apropiado que se determine que es necesario desde el punto de vista médico por el médico, podiatra, protesista, ortesista a cargo de su tratamiento.

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

Es posible que se requiera autorización previa, tal y como se describe en este contrato. Los servicios cubiertos incluyen servicios proporcionados o gastos incurridos por servicios de habilitación o rehabilitación o confinamiento en una instalación de cuidados prolongados, sujetos a las siguientes

limitaciones:

1. Los gastos por servicios cubiertos disponibles para un afiliado mientras esté confinado principalmente para recibir habilitación o rehabilitación se limitan a aquellos especificados en esta provisión.
2. Los servicios de rehabilitación o el confinamiento en un centro de rehabilitación o de cuidados prolongados deben determinarse como médicamente necesarios.
3. Los gastos por servicios cubiertos para servicios en una instalación que es un proveedor están limitados a los cargos hechos por un hospital, instalación de rehabilitación, o instalación de cuidados prolongados por:
 - a. Servicios de habitación y alimentación y de enfermería.
 - b. Análisis de diagnóstico.
 - c. Los fármacos y medicamentos que sean recetados por un proveedor, surtidos por un farmacéutico titulado, y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
4. Los gastos por servicios cubiertos para servicios en una instalación que es un proveedor fuera de la red están limitados a los cargos incurridos por los servicios profesionales de los médicos autorizados para proporcionar rehabilitación.
5. Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla para pacientes ambulatorios.

Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar

Los servicios y suministros cubiertos para la atención médica en el hogar están cubiertos cuando su médico proporciona una orden que indica que usted no puede viajar para acudir a citas en un consultorio médico. Se brinda cobertura para la atención médicamente necesaria a través de la red en el hogar del afiliado y se limita a los siguientes cargos:

1. Los servicios de asistencia médica en el hogar, sólo si se proporcionan en conjunto con los servicios de enfermeros(as) registrados(as) especializados(as) o de enfermeros(as) prácticos(as) con licencia. Esto no incluye los servicios de asistencia personal y/o de custodia.
2. Honorarios profesionales de un terapeuta respiratorio, físico, ocupacional, o del habla autorizado requerido para atención médica en el hogar.
3. Terapia de infusión en casa.
4. Hemodiálisis, y por el procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre.
5. Servicios especializados de un(a) enfermero(a) titulado(a) o de un(a) enfermero(a) práctico(a) con licencia proporcionados en régimen ambulatorio.
6. Suministros médicos necesarios.
7. Alquiler de equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico.

Beneficios de cuidado de hospicio

Esta provisión se aplica a un afiliado con una enfermedad terminal que recibe atención médicamente necesaria bajo un programa de cuidados paliativos (hospicio) o en un entorno domiciliario. La atención de relevo es solo para servicios relacionados con cuidados paliativos en el hogar y en lugares para pacientes internados, y está sujeta a todas las formas de costo compartido.

Los servicios y suministros cubiertos incluyen:

1. Habitación y alimentación en un hospicio mientras el afiliado sea un paciente internado.
2. Terapia ocupacional.
3. Terapia del habla y lenguaje.
4. Terapia respiratoria.
5. El alquiler de equipo médico mientras el afiliado con enfermedad terminal esté en un programa de cuidado de hospicio en la medida que estos artículos podrían haber estado cubiertos bajo el contrato si el afiliado hubiera estado confinado en un hospital.

6. Cuidado médico paliativo, y de apoyo, y los procedimientos necesarios para el control del dolor y el tratamiento de síntomas agudos y crónicos.
7. Diálisis en casa (excepto cuando la Enfermedad Renal en Estado Terminal (ERSD) es una enfermedad terminal).
8. Asesoramiento para el afiliado respecto a su enfermedad terminal.
9. Asesoramiento de la enfermedad terminal para la familia inmediata del afiliado.
10. Consejería por luto.

Beneficios de hospital

Los gastos por servicios cubiertos y suministros se limitan a los cargos hechos por un hospital por:

1. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería, que no exceden el precio de habitación semiprivada más común del hospital.
2. Una habitación de hospital privada cuando es necesaria para el aislamiento.
3. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería mientras se encuentre confinado en una unidad de cuidado intensivo.
4. Uso del paciente internado de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación.
5. Uso del paciente ambulatorio de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación para cirugía.
6. Servicios y suministros inclusive fármacos y medicamentos que rutinariamente se proporcionan por el hospital a las personas para usar sólo mientras estén internados.
7. Tratamiento de emergencia de una lesión o enfermedad, aunque el confinamiento no sea requerido. Consulte su Programa de beneficios para conocer las limitaciones.
8. Administración de sangre completa y plasma sanguíneo. (Nota: La sangre completa incluye el costo de la sangre, el plasma y los expansores sanguíneos que no sean sustituidos por o para el afiliado).
9. Comidas y dietas especiales cuando sean médicamente necesarias.
10. Enfermería privada cuando sea médicamente necesaria.
11. Servicios de terapia de rehabilitación de corta duración cuando se encuentra en un entorno hospitalario para pacientes agudos.

Infertilidad

El tratamiento de infertilidad es un gasto de servicio cubierto cuando los servicios médicos se proporcionan al afiliado, y los cuales son necesarios desde el punto de vista médico para el diagnóstico de infertilidad. Esto no cubre tratamientos o procedimientos quirúrgicos para la infertilidad, incluida la inseminación artificial, la fertilización in vitro, la reproducción médicamente asistida (MAR, por sus siglas en inglés) y otros tipos de medios anticonceptivos artificiales o quirúrgicos, incluidos los medicamentos administrados en relación con estos procedimientos.

Cuidados agudos a largo plazo (LTACH, por sus siglas en inglés)

Las enfermedades/servicios comunes que pueden considerarse médicamente necesarios para el nivel de atención LTACH incluyen, entre otros, los siguientes, sin limitarse a:

1. Cuidado de heridas complejas:
 - a. Control médico diario de la herida
 - b. Herida que requiere frecuentes y complicados cambios de apósitos, y posible desbridamiento repetido del tejido necrótico
 - c. Herida grande con posible retraso en el cierre, drenaje y/o fístulas de túnel o de alto rendimiento
 - d. Herida de la extremidad inferior con isquemia grave
 - e. Colgajos e injertos de piel que requieren un control frecuente.
2. Enfermedades infecciosas:

- a. Agente(s) antiinfeccioso(s) parenteral(es) con ajustes de dosis
 - b. Tratamiento intensivo de la sepsis
 - c. Las afecciones más comunes son la osteomielitis, celulitis, bacteriemia, endocarditis, peritonitis, meningitis/encefalitis, abscesos e infecciones de heridas
3. Complejidad médica:
- a. Enfermedad primaria y al menos otras dos enfermedades comórbidas tratadas activamente que requieran seguimiento y tratamiento
 - b. Las enfermedades más comunes son los trastornos metabólicos, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal, la pancreatitis necrotizante, el enfisema (EPOC), la enfermedad vascular periférica y la enfermedad maligna o en fase terminal
4. Rehabilitación:
- a. Las necesidades de atención no pueden satisfacerse en un centro de rehabilitación o de enfermería especializada
 - b. El paciente tiene una comorbilidad que requiere cuidados agudos
 - c. El paciente es capaz de participar en un plan de rehabilitación orientado a objetivos
 - d. Las enfermedades más comunes son las afecciones del sistema nervioso central con limitaciones funcionales, debilitamiento, amputación, enfermedad cardíaca, cirugía ortopédica
5. Apoyo de un ventilador mecánico:
- a. Intentos fallidos de destete en un centro de cuidados intensivos
 - b. El paciente ha recibido ventilación mecánica durante 21 días consecutivos durante 6 horas o más al día
 - c. Se requiere el manejo del ventilador al menos cada 4 horas, así como servicios de diagnóstico y evaluaciones apropiadas.
 - d. El paciente presenta un potencial de destete, sin afecciones pulmonares y/o neurológicas intratables y/o progresivas
 - e. El paciente está hemodinámicamente estable y no depende de vasopresores
 - f. El estado respiratorio es estable con un requerimiento de PEEP máximo de 10 cm H₂O, y una FiO₂ del 60 por ciento o menos con una saturación de O₂ de al menos el 90 por ciento.
 - g. Las enfermedades más comunes son las complicaciones de la lesión pulmonar aguda, los trastornos del sistema nervioso central y neuromuscular y los trastornos cardiovasculares, respiratorios y de la pleura/pared torácica.

Atención de maternidad

Una estadía hospitalaria está cubierta para la madre y el recién nacido durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y durante al menos 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. La cobertura incluirá la atención posterior al parto para la madre y el recién nacido que sean dados de alta antes de que expiren las horas mínimas de cobertura.

Cargos del recién nacido

Los servicios médicamente necesarios, inclusive los servicios hospitalarios, se proporcionan a un recién nacido cubierto inmediatamente después del nacimiento.

Productos alimenticios médicos

Nosotros cubrimos productos alimenticios médicos y fórmulas cuando sean necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de la fenilketonuria (PKU, siglas en inglés), u otras enfermedades hereditarias independientemente del método de entrega. La cobertura de las enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá, además de la fórmula enteral,

productos alimenticios modificados para que sean bajos en proteínas. Dicha cobertura se proporcionará cuando el médico prescriptor haya emitido una orden escrita en la que se indique que la fórmula enteral o el producto alimenticio son médicamente necesarios.

Servicios médicos para la vista

Los servicios cubiertos incluyen exámenes de la vista para diagnosticar y tratar una posible enfermedad o lesión ocular.

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

1. Referencias a un especialista para la evaluación y el diagnóstico de errores de refracción, incluida la presbicia, para afiliados mayores de 19 años.
2. Exámenes de la vista requeridos por el empleador o como condición para el empleo.
3. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías refractivas oculares.
4. Servicios o materiales proporcionados como resultado de cualquier ley de compensación laboral o requeridos por cualquier agencia gubernamental.

Ortótica, entrenamiento visual o ayudas para la visión subnormal.

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

Los servicios cubiertos para salud mental y/o trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y ambulatorios son como sigue:

Paciente internado

1. Hospitalización para paciente psiquiátrico;
2. Tratamiento de desintoxicación para paciente internado;
3. Observación;
4. Estabilización de la crisis;
5. Rehabilitación para paciente internado;
6. Instalación para tratamiento residencial para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias; y
7. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés).

Paciente ambulatorio (Visitas al consultorio y otros servicios ambulatorios)

1. Tratamiento individual y de grupo para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias;
2. Programa de hospitalización parcial (PHP, siglas en inglés);
3. Pruebas y evaluación psicológica y neuropsicológica;
4. Análisis del comportamiento aplicado (ABA, siglas en inglés);
5. Servicios médicos de telesalud y telemedicina (incluye terapia individual/familiar; control de medicamentos; valoración y evaluación);
6. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés);
7. Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, siglas en inglés);
8. Tratamiento diurno para la salud mental;
9. Programas de desintoxicación para pacientes ambulatorios;
10. Evaluación y valoración para la salud mental y trastorno por uso de sustancias; y
11. Tratamiento asistido con medicamentos – combina terapia para el comportamiento y medicamentos para tratar los trastornos por uso de sustancias;
12. Estimulación magnética transcraneal (TMS); y
13. Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR, por sus siglas en inglés);
14. Terapia cognitivo-del comportamiento centrada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en

inglés);

15. Tratamiento asistido por medicamentos: combina terapia de salud del comportamiento y medicamentos para tratar los trastornos por uso de sustancias; y
16. Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés).

Beneficios de gastos de la vista pediátricos

Los gastos por servicios cubiertos en esta subsección de beneficios incluyen los siguientes servicios realizados por un optometrista, optometrista terapéutico u oftalmólogo para un hijo elegible menor de 19 años quien es un afiliado:

1. Los exámenes de rutina de la vista, incluyen dilatación con refracción cada año de calendario;
2. Un par de lentes recetados (visión simple, bifocal alineado, trifocal alineado, o lenticular) en vidrio o plástico, o suministro inicial de lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico cada año de calendario;
 - a. Entre otras opciones de lentes se incluyen: tinte gradual de oscuro a claro, con capa protectora ultravioleta, anteojos de sol recetados con lente de cristal gris #3 y de gran tamaño, lentes de policarbonato, lentes segmentados mixtos, lentes para visión intermedia, lentes progresivos estándar, progresivos Premium (Varilux®, etc.), lentes de cristal fotocromáticos, lentes fotosensitivos de plástico (Transitions®), lentes polarizados, con capa antirreflejante (AR) estándar, capa antirreflejante (AR) Premium, capa antirreflejante (AR) Ultra, y lentes de alto índice
3. Un par de armazones para lentes recetados por año de calendario;
4. Con capa antiraya; y
5. Ayudas para la disminución de la vista si son médicamente necesarias.

Beneficios de medicamentos con receta

Los gastos por servicios cubiertos y suministros en esta subsección de beneficios están limitados a los cobros de una farmacia con licencia por:

1. Un medicamento con receta.
2. Cualquier medicamento que, bajo la ley aplicable, pueda ser surtido únicamente con la receta escrita de un profesional médico.
3. Medicamentos no autorizados que son:
 - a. Reconocidos para el tratamiento de la indicación en al menos un (1) compendio de referencia estándar; o
 - b. Se recomiendan para un tipo específico de cáncer y se consideran seguros y eficaces en estudios clínicos formales, cuyos resultados se han publicado en una revista médica profesional revisada por pares y publicada en Estados Unidos o Gran Bretaña.
4. Medicamentos anticancerígenos orales recetados.

Para obtener el Formulario de Ambetter o la lista de medicamentos preferidos más actualizada o para obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite ambetterhealth.com/en/tx (bajo "Para afiliados", "Cobertura de medicamentos") o llame a Servicios para los Afiliados.

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad y otras categorías de medicamentos selectos están limitados a un suministro de 30 días de calendario cuando se dispensan en farmacias minoristas o de pedidos por correo. Se hace notar que solo el suministro de 90 días de calendario está sujeto al costo compartido con descuento. Ambetter permite a las farmacias dispensar costos compartidos con descuento para pedidos por correo si solicitan unirse a nuestra red de pedidos por correo y aceptan

todos los términos y condiciones. Los pedidos por correo de menos de 90 días de calendario están sujetos a la cantidad de costo compartido estándar.

“Provisión de medicamentos administrados por un médico a través del beneficio de farmacia (white-bagging)”

El afiliado puede obtener medicamentos administrados por un médico a través de cualquier farmacia de la red y no se le cobrarán copagos/coaseguros diferenciales. Se aplican todas las demás técnicas estándar de procesamiento de reclamaciones y administración de utilización. Cuando un afiliado o su médico usa una farmacia que no pertenece a la red, el afiliado tiene derecho a solicitar un reembolso por el medicamento dispensado. Cubriremos los medicamentos recibidos y dispensados por una farmacia que no pertenece a la red en los casos en que el afiliado o su médico obtengan medicamentos administrados por un médico especialista debido a:

1. Un retraso en la atención haría que la progresión de la enfermedad del afiliado fuera probable o
2. El uso de una farmacia de la red podría
 - a. Causar probablemente la muerte o daño al paciente;
 - b. Causar una barrera a la adherencia o cumplimiento del plan de atención por parte del paciente; o
 - c. La puntualidad de la entrega o los requisitos de dosificación requieren la entrega por una farmacia diferente.

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 se listan en el formulario. Esta exclusión no se aplica a los métodos anticonceptivos recetados y aprobados por la FDA.
9. Para medicamentos etiquetados “Precaución – limitado por la ley federal para usarse en investigación” o para medicamentos en fase de investigación o experimental.
10. Para todo medicamento que nosotros identifiquemos como duplicación terapéutica a través del Programa de revisión de utilización de medicamentos.
11. Para un suministro de más de 30 días cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la red de suministros de días extendidos.

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 Terapéutica 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 reclamación presentada 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 las reclamaciones de farmacia.
21. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.
22. Abastecimiento de medicamentos cuando el afiliado tiene más de 15 días de suministro de medicamentos.
23. 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.

Servicios de cuidados preventivos

Los servicios cubiertos incluyen los gastos incurridos por el afiliado por los siguientes servicios de salud preventivos si son apropiados para ese afiliado de acuerdo con las siguientes recomendaciones y pautas:

1. Artículos o servicios basados en la evidencia que efectivamente tienen una clasificación A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
2. Vacunas de uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en efecto una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
3. Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y las evaluaciones previstas en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
4. Con respecto a las mujeres, la atención preventiva y los análisis adicionales previstos en las pautas generales respaldadas con el apoyo de la HRSA, en la medida en que la atención no sea ilegal conforme a la ley aplicable.

Los servicios adicionales de atención preventiva incluyen:

1. Servicios de atención preventiva para niños
2. Servicios de atención preventiva para mujeres, incluidas las embarazadas
3. Servicios preventivos para adultos
4. Análisis de rutina y vacunas
5. Ciertos análisis para la detección del virus del papiloma humano y del cáncer de ovario y del cuello del útero
6. Mamografías de detección y diagnósticos por imagen
7. Detección y prevención de la osteoporosis
8. Ciertos exámenes para la detección del cáncer de próstata
9. Exámenes de detección temprana de enfermedades cardiovasculares
10. Exámenes de detección de deficiencias auditivas
11. Atención anticonceptiva
12. Servicios médicos de la vista

Radiología, imágenes y otros exámenes de diagnóstico

Los servicios de radiología, las imágenes y los análisis médicamente necesarios realizados son un servicio cubierto (por ejemplo, radiografías, Resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET)/tomografía computarizada por emisión de fotón único, mamografías, ecografías). Es posible que se requiera autorización previa; consulte el Programa de beneficios para obtener más información.

Estudios del sueño

Los estudios del sueño están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios.

Servicios de trasplantes

Los trasplantes son un beneficio cubierto cuando un afiliado es aceptado como candidato para un trasplante y obtiene autorización previa de acuerdo con el contrato.

Servicios de emergencia

Su Evidencia de Cobertura 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 de 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 internado, y los gastos como paciente internado en el hospital 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 fuera de la red, sólo los beneficios fuera de la red estarán disponibles.

Su contrato 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 Evidencia de Cobertura 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.

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://findaprovider.ambetterhealth.com/location>. 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 para obtener más información.

Proveedores basados en el hospital

Cuando reciba atención en un hospital u otro centro de la red, es posible que algunos proveedores hospitalarios no sean proveedores de la red. No se le puede facturar el saldo de los servicios de atención de emergencia, los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a la red, los proveedores de diagnóstico por imagen o los proveedores de servicios de laboratorio que no pertenezcan a la red. Sin embargo, si proporciona aviso y consentimiento para renunciar a las protecciones de facturación de saldos para servicios que no sean servicios de atención de emergencia, usted puede ser responsable del pago de la totalidad o parte de la factura de saldo. Cualquier cantidad que esté obligado a pagar al proveedor que no pertenece a la red que exceda del gasto admisible no se aplicará a su cantidad deducible ni a la cantidad máxima de su propio bolsillo. Si recibe una factura de un proveedor hospitalario, comuníquese con Servicios para los Afiliados.

Protección frente a la facturación de saldos

De acuerdo con la ley federal, a partir del 1 de enero de 2022, los proveedores o centros que no pertenezcan a la red tienen prohibido facturar el saldo a los afiliados a un plan de salud por servicios que estén sujetos a las protecciones de facturación de saldos descritas en la sección Definiciones del contrato. Usted sólo será responsable del pago de su costo compartido de afiliado por estos servicios, que se calcula como si hubiera recibido los servicios de un proveedor de la red y se basa en la cantidad reconocida, tal y como se define en la ley aplicable. **Se hace notar que** los centros militares de tratamiento no están sujetos a esta regulación y pueden facturar saldos.

Responsabilidad financiera del afiliado

Las siguientes son las características de su Evidencia de Cobertura 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 participantes cuando un proveedor participante no esté razonablemente disponible para usted.

Pago de primas

LAS PRIMAS ESTÁN SUJETAS A CAMBIO AL MOMENTO DE RENOVAR EL CONTRATO. Las primas de renovación para el contrato se aumentarán periódicamente dependiendo de su edad y el año del plan.

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.

Período de gracia

Cuando un afiliado está recibiendo subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de tres meses para 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 Servicios Humanos (HHS) de la falta de pago de las primas, al afiliado, así como a los proveedores de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el afiliado está en el tercer mes del período de gracia. Nosotros continuaremos recopilando los créditos fiscales para las primas por adelantado del Departamento del Tesoro en nombre del afiliado y devolveremos los créditos fiscales para las primas por adelantado en nombre del afiliado por el segundo y tercer mes del período de gracia si el afiliado agota su período de gracia como se describe arriba. Un afiliado no es elegible para volverse a 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 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 contrato 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 contrato estarán disponibles después del pago de todos los deducibles aplicables según se muestran en su Programa de beneficios. Los deducibles se explican como sigue:

Deducible del año de calendario: La cantidad deducible individual que se muestra bajo “Deducibles” en su Programa de beneficios deberá ser pagada por cada 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 del contrato 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 Evidencia de Cobertura pueden ser limitados por las exclusiones y limitaciones del contrato. 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 contrato.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el coaseguro aplicable en exceso de la(s) cantidad(es) de deducible aplicable(s) y la(s) cantidad(es) de copago por un servicio o suministro que:

1. Califica como un gasto de servicio cubierto bajo una o más de las provisiones del beneficio; y
2. Se recibe mientras el plan del afiliado está en vigencia bajo el contrato si el cargo por el servicio o suministro califica como un gasto por servicios elegibles.

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 autorizables.

La cantidad proporcionada o pagadera estará sujeta a:

1. Cualquier límite de beneficio específico estipulado en el contrato;
2. Una determinación de los gastos por servicios elegibles.

3. Cualquier reducción por gastos incurridos en un proveedor que no pertenece a la red

Consulte 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 Evidencia de Cobertura

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 gastos por servicios cubiertos bajo el contrato. Usted será totalmente responsable por el pago de cualquier servicio que no es un gasto por servicios cubiertos.
5. Cualquier servicio en el que otra cobertura sea primaria a Ambetter debe ser pagado primero por el pagador primario antes de considerar la cobertura de Ambetter.
6. Para cualquier atención no necesaria desde el punto de vista médico ordenada por un tribunal para un diagnóstico médico/quirúrgico o de salud mental/trastorno por consumo de sustancias, a menos que lo exija la ley estatal.

Aún si no está específicamente excluido en este contrato, ningún beneficio será pagado por un servicio o suministro a menos que éste:

1. Sea administrado u ordenado por un proveedor; y
2. Sea necesario desde el punto de vista médico para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad, o esté cubierto bajo la provisión de Servicios por 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 a los gastos por servicios elegibles.
3. Modificación de peso, o por tratamiento quirúrgico de la obesidad, inclusive alambrado de los dientes y todas las formas de cirugía de derivación gástrica, excepto en los casos específicamente cubiertos en la sección de Servicios y Suministros de Atención Médica Cubiertos del contrato.
4. 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.
5. 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.
- 6. Reversión de procedimientos de esterilización y vasectomías.
- 7. Para abortos, excepto en el caso de una afección física potencialmente mortal agravada por, causada por o derivada de un embarazo que pone a la afiliada en riesgo de muerte o plantea un riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que se practique o induzca el aborto, de acuerdo con el Capítulo 170A del Código de Salud y Seguridad de Texas (Chapter 170A of the Texas Health and Safety Code).
- 8. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los gastos por servicios cubiertos.
- 9. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
- 10. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
- 11. 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.
- 12. Por servicios prestados fuera de una visita a un proveedor de atención primaria, cuando no se obtenga una referencia a través de su proveedor de atención primaria, excepto en caso de emergencia, o como se especifica en otra parte del contrato.
- 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 concederán beneficios para los servicios que sean médicamente necesarios y que, de otro modo, estarían cubiertos por 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 médicamente necesarios y que de otro modo estarían cubiertos por 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.
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 o relacionado con el tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
26. Para cirugía de reducción fetal.
27. 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.
28. 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).
29. 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.
30. Como resultado de cualquier lesión sufrida mientras se encuentra en una instalación de tratamiento residencial.
31. 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; membresías para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado o servicios, a menos que se requiera por la ley aplicable, 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;

32. Servicios privados de enfermero(a) titulado(a) prestados a pacientes ambulatorios.
33. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.
34. Para cualquier uso medicinal y recreativo de cannabis o marihuana.
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 un especialista en naprapatía para las afecciones causadas por un tejido miofascial o conectivo contraído, lesionado, con espasmos, moretones o afectado de cualquier otra forma.
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 de hospicio (paliativos).

40. Acupuntura.

41. Obtención de sangre del cordón umbilical.

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.

Se requiere que los afiliados obtengan una referencia de su PCP para los especialistas de la red u otros proveedores para los servicios de atención médica adicionales que se consideren médicamente necesarios. Se requiere una referencia antes de una visita que no sea de emergencia con un profesional fuera de los servicios de atención de su PCP (excluyendo las emergencias, la atención de urgencia, los servicios de atención para la salud mental/del comportamiento y los servicios de ginecología y obstetricia). Esto incluye, pero no se limita a, las visitas al consultorio en persona, las consultas con especialistas y los análisis de diagnóstico, así como las visitas a un centro de la red. Los servicios de emergencia no requieren referencia. No necesita una referencia de su médico de atención primaria de la red para recibir servicios para la salud mental o del comportamiento dentro de la red, ni para recibir tratamiento obstétrico o ginecológico, y puede buscar atención directamente de un obstetra o ginecólogo de la red.

NOTA: Para las mujeres afiliadas: Usted tiene derecho a seleccionar y visitar a un gineco-obstetra (OB-GYN) sin obtener primero una referencia de su PCP. Ambetter from Superior HealthPlan ha optado por no limitar su selección de un gineco-obstetra a la red de su PCP. No se le exige que seleccione un gineco-obstetra. Puede elegir recibir sus servicios de gineco-obstetricia de su PCP.

De conformidad con la Ley federal Sin Sorpresas, los servicios de emergencia prestados por un proveedor que no pertenece a la red están cubiertos sin necesidad de autorización previa.

En el caso de algunos proveedores, no requerimos autorización previa para determinados servicios de atención médica si, en el periodo de evaluación semestral más reciente, hemos aprobado o habríamos aprobado no menos del 90 por ciento de las solicitudes de autorización previa presentadas por el médico o proveedor para el servicio de atención médica en particular.

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

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

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 a usted por

servicios para los que no obtienen 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.

Una vez la autorización previa haya sido solicitada y todos los requisitos o documentación correspondiente hayan sido presentados, le notificaremos a usted y a su proveedor si la solicitud ha sido aprobada tal como sigue:

1. Para servicios que requieran autorización previa, dentro de los tres días de calendario de la recepción.
2. Para revisión concurrente dentro de 24 horas a la recepción de la solicitud.
3. Para tratamiento después de la estabilización o enfermedad potencialmente mortal, dentro del marco de tiempo apropiado a las circunstancias y condición del afiliado, pero sin exceder una hora de la recepción de la solicitud.
4. Para solicitudes posteriores al servicio, dentro de 30 días de calendario de la recepción de la solicitud.

Acceso a los servicios de ginecología y obstetricia

Las mujeres afiliadas tendrán acceso directo a un obstetra/ginecólogo (que sea proveedor de la red) para recibir servicios relacionados con la salud femenina. No necesitan una referencia de su médico de atención primaria de la red para recibir tratamiento obstétrico o ginecológico y pueden buscar atención directamente de un obstetra o ginecólogo de la red.

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 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, el proveedor debe identificar y solicitar que a los(as) afiliados(as) que experimentan circunstancias especiales se les permita continuar el tratamiento bajo su cuidado. Por circunstancias especiales se entienden las afecciones en relación con las cuales el médico o proveedor tratante considere razonablemente que la interrupción de la atención por parte de dicho médico o proveedor podría causar daños a un paciente, excepto por razones de competencia médica o conducta profesional, una HMO no está exenta de la obligación de seguir reembolsando a un médico o proveedor que proporcione tratamiento médicamente necesario en el momento de la terminación a un afiliado que tenga una circunstancia especial. Algunos ejemplos son discapacidades, afecciones agudas, enfermedades potencialmente mortales o haber pasado la semana 24 de embarazo y el periodo obligatorio asociado. La cobertura se extenderá hasta el parto y se aplicará a los cuidados posparto inmediatos y a una revisión de seguimiento dentro del periodo de seis semanas después del parto.

Posteriormente nosotros:

1. Notificaremos 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. Proporcionaremos al individuo la oportunidad de notificar al plan de salud la necesidad de atención transitoria del individuo; y
3. Permitiremos que el individuo elija continuar con sus beneficios para el curso del tratamiento relacionado con el estatus del individuo 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;
 - b. el periodo de 9 meses para un afiliado al que se le haya diagnosticado una enfermedad terminal en el momento de la terminación del proveedor; o la
 - c. fecha en que dicho individuo ya no es un paciente de atención continua con respecto a su proveedor o centro.

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 72 horas, lo que sea menos, desde el momento que la recibamos. Usted recibirá una carta con la resolución de 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 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.

Las apelaciones aceleradas de determinaciones adversas que incluyen emergencias en curso o negación de continuación de estadía en el hospital, negación de medicamentos de venta con receta, infusiones intravenosas o una excepción al protocolo de terapia escalonada denegada se resolverán a más tardar un día hábil después de recibir la solicitud.

Si se deniega la apelación de la determinación adversa (incluida la denegación de un tratamiento experimental o de investigación), usted o su representante designado tienen derecho a solicitar una revisión externa de dicha decisión. La organización de revisión externa no está afiliada con nosotros ni con nuestro Agente de revisión de la utilización. También puede solicitar una revisión externa sin completar primero una apelación interna si sus derechos de apelación interna ya se han agotado.

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.

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

Su plan

Un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) contrata a médicos, centros y otros proveedores de atención médica para atender a sus afiliados. Los proveedores que tienen contrato con el plan de salud se llaman “proveedores contratados” (también conocidos como “proveedores dentro de la red”). Los proveedores contratados conforman la red de un plan. Su plan solo pagará la atención médica que reciba de médicos e instalaciones dentro de la red. Sin embargo, existen algunas excepciones, como emergencias, cuando usted no eligió al médico y servicios de ambulancia.

La red de su plan

Su plan de salud debe contar con suficientes médicos e instalaciones dentro de su red para proporcionar todos los servicios que cubre. Usted no debería tener que viajar demasiado lejos ni esperar demasiado para recibir atención. Esto se llama “adecuación de la red”. Si no encuentra la atención que necesita, solicite ayuda a su plan de salud. Usted tiene derecho a recibir la atención que necesita con su beneficio dentro de la red.

Si cree que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) en www.tdi.texas.gov o llamando al 800-252-3439.

Lista de médicos

Usted puede obtener un directorio de proveedores de atención médica que se encuentran dentro de la red de servicios de su plan. Puede obtenerlo en línea en AmbetterHealth.com o llamando al 1-877-687-1196. Si utilizó el directorio de su plan de salud para elegir un proveedor dentro de la red y resulta que está fuera de ella, es posible que no tenga que pagar el costo adicional que cobran los proveedores fuera de la red.

Si recibió atención médica de un médico que no pertenecía a la red mientras estaba en un centro dentro de la red, y usted no eligió al médico, no tendrá que pagar más que su copago, coaseguro y deducible habituales. Las protecciones también se aplican si recibió servicios de emergencia en un centro fuera de la red, o si se realizó análisis de laboratorio o imágenes en relación con la atención dentro de la red. Si recibe una factura por una cantidad mayor a la esperada, comuníquese con su plan de salud. Obtenga más información sobre cómo está protegido contra facturas médicas inesperadas en www.tdi.texas.gov.

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

Área de servicio es cualquier lugar que esté entre 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: Bexar, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Harris, Montgomery, Rockwall, Tarrant, Travis y Williamson.

El número de afiliados efectivos en el área de servicio de Ambetter bajo la licencia HMO de Superior HealthPlan es 475,420. Refiérase a la tabla de abajo para un desglose de los afiliados efectivos basados en el área de servicio.

Condado	Total de afiliados efectivos
Bexar	37
Collin	764
Dallas	1,660
Denton	44,782
Fort Bend	51,735
Harris	233,507
Montgomery	25,178
Rockwall	82
Tarrant	99,357
Travis	13,239
Williamson	5,076

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
Bexar	128	44	75	11	115	8
Collin	119	10	44	6	54	3
Dallas	180	5	39	6	69	6
Denton	30	2	6	3	51	2
Fort Bend	105	21	10	6	22	2
Harris	723	114	97	54	256	12
Montgomery	101	12	17	2	31	4
Rockwall	3	2	1	1	2	0
Tarrant	141	13	39	6	78	4
Travis	246	81	82	8	90	4
Williamson	83	65	18	6	10	2

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
Bexar	X	X	X	X	X	X
Collin	X	X	X	X	X	X
Dallas		X	X	X	X	X
Denton		X	X			
Fort Bend		X	X		X	
Harris		X	X		X	X
Montgomery		X	X		X	
Rockwall			X		X	
Tarrant		X	X	X	X	X
Travis	X	X	X	X	X	X
Williamson		X	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

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

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

A menos que el contrato sea 'no cancelable', según se define en el contrato, nosotros tenemos el derecho de aumentar las tarifas en su contrato cada vez que lo renueve, en una forma consecuente con el contrato y la ley de Texas. Le informaremos por escrito del aumento de una tarifa de cobertura al menos 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia del aumento. Si el contrato es no cancelable, nuestro derecho de aumentar las tarifas está limitado por la definición de 'no cancelable' contenida en el contrato, y por la ley de Texas.

Anualmente, nosotros podemos cambiar la tabla de tarifas usada para el formulario de contrato. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en esa fecha de vencimiento de la prima. El plan 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. Si su contrato se da por terminado por cualquiera de estas razones, se lo notificaremos por escrito y por medio de comunicación electrónica.

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 el contrato o debido a un cambio en la salud de un afiliado cubierto. Mientras el contrato esté vigente, nosotros no restringiremos la cobertura ya vigente. Si dejamos de ofrecer y rechazamos renovar todos los contratos emitidos 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 una reclamación 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.