



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://Ambetter-es.SuperiorHealthPlan.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$950 por individuo y \$1,900 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$2,250 por individuo y \$4,500 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                                                                                                                                                                        | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                            | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                               |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. <a href="#">Encontrar un proveedor</a> o llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                              | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                              |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                               | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                              | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$5 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                      | No cubierto                                        | Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <a href="#">proveedores</a> cubiertos en su totalidad, no aplica <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                     | No cubierto                                        | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                | No cubierto                                        | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará.                                                                                                                                           |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | \$15 <a href="#">Copago</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <a href="#">deducible</a> ); <a href="#">Coseguro</a> del 40% para rayos X e imágenes diagnósticas | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/29418TX014.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                   | Servicios que podría necesitar                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                        |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                        | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                               | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> . | Medicamentos genéricos                                                                                                       | Al por menor: \$10 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto                                        | Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca preferidos                                                                                             | Al por menor: \$40 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                          | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                 | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                                                                                 | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                 | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                           |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                               | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                               | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                           |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/29418TX014.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                     |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                     | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                     | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                            | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                            | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                            | No cubierto                                        | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                            | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                         | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                            | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios               | <a href="#">Copago</a> de \$5 / visita al consultorio ( <a href="#">deducible</a> no aplica); <a href="#">Coseguro</a> del 40% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados             | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                            | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                              | \$5 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                             | No cubierto                                        | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/29418TX014.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                          | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                                       | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                     |                                                       |                                                     |                                                    | <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                     | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza. |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 35 visitas combinadas al año (combinadas con la atención con quiropráctico). Nota: el límite de visitas no aplica al tratamiento o atención que se determina <a href="#">medicamente necesaria</a> como resultado y en relación a una lesión de cerebro adquirida o para el tratamiento de retrasos en el desarrollo. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                               |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Es posible que se requiera una autorización previa. Limitado a 35 consultas por año. Nota: Este límite de consultas no se aplica cuando                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/29418TX014.pdf>.

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                                 | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                               |
|                                                             |                                                                 |                                                     |                                                    | se proporciona tratamiento para el diagnóstico de un trastorno de salud mental/uso de sustancias o retrasos del desarrollo. *Consulte Maneje su atención médica: Sección de Autorización Previa en su póliza. |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 25 días al año.*Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                          |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                               |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. *Véase Administración de su atención médica: Sección de autorización previa en su póliza.                                               |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                                                                                                                                                                                   |
|                                                             | Anteos para niños                                               | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.                                                                                                                                                                                 |
|                                                             | Control dental para niños                                       | No están cubiertos                                  | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                             |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/29418TX014.pdf>.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |                                                                                                |                                           |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| • Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos |
| • Acupuntura                                                                                   | • Atención dental                         | • Programas de pérdida de peso                                     |
| • Atención a largo plazo                                                                       | • Cirugía bariátrica                      | • Servicio de enfermería privada                                   |
|                                                                                                | • Cirugía estética                        |                                                                    |

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- |                                                                                                                              |                                                                                                      |                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Audífonos (Limitado a 2 artículo cada 3 años.)                                                                             | • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | • Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> para averiguar la causa de la infertilidad.) |
| • Cuidado quiropráctico (Limitado a 35 visitas combinadas al año (combinadas con la terapia de rehabilitación ambulatoria).) |                                                                                                      |                                                                                                                                                     |

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989); Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.

### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### **Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$950 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos          |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$950   |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$300   |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$1,000 |

| Lo que no está cubierto |      |
|-------------------------|------|
| Límites o exclusiones   | \$60 |

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| El total que Peg pagaría es | \$2,310 |
|-----------------------------|---------|

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$950 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos          |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$800 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$800 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$0   |

| Lo que no está cubierto |      |
|-------------------------|------|
| Límites o exclusiones   | \$20 |

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| El total que Joe pagaría es | \$1,620 |
|-----------------------------|---------|

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$950 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos          |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$950 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$100 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$600 |

| Lo que no está cubierto |     |
|-------------------------|-----|
| Límites o exclusiones   | \$0 |

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| El total que Mia pagaría es | \$1,650 |
|-----------------------------|---------|

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>    | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                            |
| <b>Vietnamese:</b> | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                    |
| <b>Chinese:</b>    | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>Korean:</b>     | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Superior HealthPlan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>Arabic:</b>     | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                                                    |
| <b>Urdu:</b>       | اگر Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلا معاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کل کریں۔                                                                   |
| <b>Tagalog:</b>    | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                     |
| <b>French:</b>     | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                      |
| <b>Hindi:</b>      | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Superior HealthPlan के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर कॉल करें।                                                      |
| <b>Persian:</b>    | اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید.                                                             |
| <b>German:</b>     | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) an.                                   |
| <b>Gujarati:</b>   | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) ઉપર કોલ કરો.                                                         |
| <b>Russian:</b>    | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| <b>Japanese:</b>   | Ambetter from Superior HealthPlan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) までお電話ください。                                                                                                                                                                         |
| <b>Laotian:</b>    | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະໄດ້ກັບມາພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                           |

### Declaración de no discriminación

Ambetter de Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Superior HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Superior HealthPlan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Si considera que Ambetter de Superior HealthPlan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Superior HealthPlan Complaints Department, 5900 E Ben White Blvd., Austin, TX 78741, 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989), Fax 1-866-683-5369. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Superior HealthPlan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.