



AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN DESCRIPCIÓN ESCRITA DE LA COBERTURA

PROPORCIONADA POR CELTIC INSURANCE FOR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN

(En adelante referido como “Ambetter from Superior HealthPlan”)

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

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

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

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

Servicios y beneficios cubiertos

El Resumen 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 preferido* y de un *proveedor no preferido*, y la cobertura de *medicamentos con receta*, ambos genéricos y nombre de marca después que el *deducible* haya sido pagado. El resumen de beneficios también le proporcionará una explicación de *su* responsabilidad financiera para el pago de cualquier prima, *deducibles*, *copagos*, *coaseguros* u otros gastos de su propio bolsillo para servicios no cubiertos o no preferidos. Se hace notar que pagaremos los honorarios negociados o el cargo usual y acostumbrado a los *proveedores no preferidos* o *proveedores fuera de la red*, como se explica bajo la definición de “*gasto por servicio elegible*” que se encuentra en *su contrato*.

[Planes de Atención Médica Esencial/Nivel Bronce](#)

[Planes de Atención Médica Balanceada/Nivel Plata](#)

[Planes de Atención Médica Segura/Nivel Oro](#)

Servicios y beneficios de atención médica de emergencia

Su póliza de seguro de salud proporciona cobertura para emergencias médicas dondequiera que ocurran. En una emergencia, llame siempre al 911 o acuda a la sala de emergencia (ER) del *hospital* más cercano. Cualquier cosa que pueda poner en peligro *su* vida (o la vida de *su* bebé en gestación, si está embarazada) sin atención médica inmediata se considera una situación de emergencia. Ejemplos de emergencias médicas son sangrados inusuales o excesivos, huesos fracturados, dolor agudo abdominal o del pecho, pérdida de la conciencia, convulsiones, dificultad para respirar, sospecha de ataque cardíaco (infarto), dolor repentino persistente, lesiones o quemaduras múltiples o graves y envenenamiento.

Si es razonablemente posible, *usted* debería comunicarse con un *proveedor de la red* o con un médico para la salud del comportamiento antes de acudir a la sala de emergencia/sala de tratamiento del *hospital*. Él/ella puede ayudarle a determinar si *usted* necesita *atención médica o tratamiento de emergencia* 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 hospitalizado*, y los gastos como *paciente hospitalizado* aplicarán. Todo tratamiento recibido durante las primeras 48 horas después del inicio de una emergencia médica será elegible para beneficios de la red. Después de las 48 horas, los beneficios de la *red* estarán disponibles sólo si usa los proveedores *preferidos/de la red*. Si después de las primeras 48 horas de tratamiento después del inicio de una emergencia médica, y si *usted* puede seguramente ser trasladado para la atención de un *proveedor preferido/de la red* pero está recibiendo tratamiento de un *proveedor fuera de la red*, sólo los beneficios fuera de la red estarán disponibles.

Su póliza también cubre atención médica después de las horas hábiles. A veces *usted* necesita ayuda médica para afecciones que no ponen en peligro la vida cuando el consultorio de *su PCP* está cerrado. Si eso sucede, *usted* tiene opciones. *Usted* puede llamar a nuestra Línea de Consejo de Enfermería 24/7 al 1-855-604-1303. Un(a) enfermero(a) registrado(a) siempre está disponible y listo(a) para responderle las preguntas sobre la salud. *Usted* puede obtener asesoramiento médico, un diagnóstico o una receta por teléfono o vídeo usando nuestros servicios de Telesalud 24/7, visite nuestro sitio web para obtener más detalles. *Usted* también puede acudir a un *centro de atención urgente*. El *centro de atención urgente* proporciona atención práctica y rápida para *enfermedades* o *lesiones* que no son potencialmente mortales pero que necesitan ser tratadas dentro de las 24 horas. Típicamente, *usted* acudirá a un centro de atención urgente si *su PCP* no puede atenderlo(a) para una consulta inmediatamente. Los problemas de atención médica urgente incluyen esguinces, infecciones de los oídos, fiebre alta, y síntomas de gripe o vómitos.

Servicios y beneficios fuera del área

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

Responsabilidad financiera del asegurado

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

Pago de primas

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

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

Período de gracia

Cuando un *afiliado* está recibiendo subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 90 días por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia la póliza 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 HHS de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el afiliado está en el tercer mes del período de gracia. *Nosotros* continuaremos recopilando los *créditos fiscales para las primas por adelantado* del Departamento del Tesoro en nombre del *afiliado* y devolveremos los *créditos fiscales para las primas por adelantado* en nombre del *afiliado* por el segundo y tercer mes del período de gracia si el *afiliado* agota su período de gracia como se describe arriba. Un *afiliado* no es elegible para volverse a afiliarse una vez 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 por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia la póliza continúa en vigencia.

Los pagos de las primas se hacen por adelantado, en base mensual. Los pagos

mensuales deberán realizarse antes o el primer día de cada mes para cobertura efectiva durante ese mes. Esta provisión significa que si cualquier prima requerida no es pagada antes o el día que se vence, puede ser pagada durante el período de gracia. Durante el período de gracia, el *contrato* permanecerá en vigencia; sin embargo las reclamaciones podrían seguir pendientes por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el período de gracia. *Nosotros* notificaremos al HHS, según sea necesario, 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 período de gracia.

Deducibles

Además de *su* prima, *su* póliza de seguro de salud requiere que *usted* pague la cantidad del *deducible* de una de las opciones de planes disponibles por cada persona cubierta por cada año de calendario.

Los beneficios del plan estarán disponibles después del pago de todos los *deducibles* aplicables según se muestran en su *Programa de beneficios*. Los *deducibles* se explican como sigue:

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

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

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

1. Si usted tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicarse hacia la cantidad de *deducible* “individual” serán aplicados hacia la cantidad de *deducible* “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios*.
2. Cuando se alcanza esa cantidad de *deducible* familiar, no tendrán que pagarse *deducibles* individuales adicionales por el resto del año de calendario. Ningún *afiliado* contribuirá más de la cantidad de *deducible* individual a la cantidad de *deducible* “familiar”.

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

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

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

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

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

1. Servicios, suministros, o cargos limitados o excluidos por el plan;

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

Cantidad Stop-Loss del coaseguro individual

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

Cantidad Stop-Loss del coaseguro familiar

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para todos los *afiliados* bajo su cobertura en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop-Loss del coaseguro” “familiar” mostrada en su *Programa de beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100% para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por todos los *afiliados* de la familia por el resto del año de calendario para ese nivel. No se requerirá que ningún *afiliado* contribuya más que la cantidad de *coaseguro* individual a la cantidad Stop-Loss del *coaseguro* familiar.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el porcentaje de *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 seguro 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% 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*.

La(s) *cantidad(es) de deducibles*, *coaseguro* y *cantidades de copago* aplicables se muestran en el *Programa de beneficios*.

Nota: La factura que *usted* recibe por servicios o suministros de un *proveedor fuera de la red* puede ser significativamente más alta que los *gastos por servicios elegibles* para esos servicios o suministros. Además de la *cantidad de deducible*, *cantidad de copago* y *coaseguro*, *usted* es

responsable por la diferencia entre el *gasto por servicios elegibles* y la cantidad que el *proveedor* le factura *a usted* por los servicios o suministros. Cualquier cantidad que *usted* está obligado a pagar al *proveedor* en exceso del *gasto por servicios elegibles* no aplicará a su *cantidad de deducible* o al máximo que tiene que pagar de su bolsillo.

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 quince del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el dieciséis y el último día del mes se volverán efectivas el primer día del segundo mes siguiente. Su prima será entonces ajustada para reflejar este cambio.

Cobertura bajo otras provisiones de la póliza

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

Limitaciones y exclusiones de la póliza de seguro de salud

No se proporcionarán ni pagarán beneficios por:

1. Cualquier servicio o suministro que sería proporcionado sin costo para el *afiliado* o *afiliados* en caso de no tener una aseguradora que cubriera el cargo.
2. Gastos, honorarios, impuestos, o recargos impuestos al *afiliado* o *afiliado por un proveedor* (inclusive un *hospital*) pero que en realidad el proveedor tiene la responsabilidad de pagar.
3. Cualquier servicio proporcionado por un *afiliado* o 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.

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 de este *contrato*, excepto como se indique expresamente en la cláusula de Beneficios después de que su cobertura termina en la sección de Terminación de este *contrato*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan a los *gastos por servicios elegibles*.
3. Modificación de peso, o por tratamiento quirúrgico de la obesidad, inclusive alambrado de los dientes y todas las formas de *cirugía* de derivación gástrica.
4. Por reducción o aumento cosmético del seno, excepto para el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de la disforia de género.
5. Reversión de procedimientos de esterilización y vasectomías.
6. Aborto (a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el embarazo se lleva a término).
7. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los *gastos por servicios cubiertos*.
8. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
9. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
10. Consultas telefónicas, excepto para los que cumplen con la definición de *servicios de telesalud* o *servicios médicos de telemedicina*, o por no acudir a una cita programada.
11. Períodos de espera por disponibilidad de un *profesional médico* cuando no se presta ningún tratamiento.

12. Gastos por servicios dentales, inclusive 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.
13. *Tratamiento cosmético*, excepto para *cirugía reconstructiva* para mastectomía o que esté relacionada a o sea después de una *cirugía* o una *lesión* por trauma, infección o enfermedades de la parte involucrada que estaba cubierta bajo el *contrato* o es realizada para corregir un defecto de nacimiento.
14. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
 - a. Servicios para pruebas psicológicas asociadas con la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje;
 - b. Consejería matrimonial;
 - c. Consejería prematrimonial;
 - d. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés; o
 - e. Evaluación con el fin de mantener el empleo del *paciente hospitalizado* en confinamiento o servicios para la salud mental del *paciente hospitalizado* recibidos en una *instalación de tratamiento residencial* a menos que esté asociado con dependencia química o de alcohol en un entorno de recuperación residencial transicional no médico.
15. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de Servicios de trasplante.
16. Para cirugía refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
17. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación*, *cuidado supervisado*, cuidado educativo, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
18. Para terapia vocacional o recreativa, *rehabilitación* vocacional, terapia del habla como paciente ambulatorio, o terapia ocupacional, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
19. Para medicina alternativa o complementaria usando prácticas terapéuticas no ortodoxas que no siguen la medicina convencional. Estas incluyen, pero no se limitan a, terapia mediante expediciones a áreas silvestres, terapia al aire libre, campo de entrenamiento, terapia con actividades equinas, y programas similares.
20. Para anteojos, lentes de contacto, refracción ocular, terapia visual, o para cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
21. 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.
22. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje hasta por un máximo de 90 días consecutivos.
23. Como resultado de una *lesión* o *enfermedad* que se origine de, o en el curso del empleo por sueldo o ganancia, si el *afiliado* está asegurado, o se requiere que esté asegurado, por el Seguro de compensación del trabajador en cumplimiento con la ley estatal o federal aplicable. Si *usted* entra en un acuerdo que renuncia al derecho del *afiliado* para recuperar beneficios médicos futuros bajo la ley de compensación del trabajador o el plan de seguros, esta exclusión todavía aplicará. En el caso que la compañía de seguros de

compensación del trabajador niegue la cobertura por un reclamo de compensación laboral del *afiliado*, esta exclusión aún aplicará a menos que la negación sea apelada ante la agencia gubernamental apropiada y la negación sea respetada por esa agencia.

24. Como un resultado de:

- a. Por cualquier enfermedad o lesión sufrida como resultado de la intoxicación del afiliado, según se define en la legislación estatal aplicable en el estado en que ocurrió la pérdida, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas a menos que se administren o receten por un médico, excepto en los casos previstos expresamente en el Beneficio de Gastos para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias y excluyendo la presencia de trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.

25. Para o relacionado con el tratamiento de hiperhidrosis (sudoración excesiva).

26. Para *cirugía* de reducción fetal.

27. Excepto que específicamente se identifique como un *gasto por servicio cubierto* bajo el *contrato*, servicio 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 esquiendo (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 sección de Productos alimenticios médicos; cuidado de los pies de rutina, plantillas ortopédicas para pies o zapatos correctivos; membresía para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; cuidado de enfermería particular; servicios de rehabilitación para mejorar el rendimiento laboral, atlético, o recreativo; cuidado de rutina o electivo *fuera del área de servicio*; tratamiento de arañas vasculares; gastos de transporte, a menos que específicamente se describa en este *contrato*;

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 relacionados con un acuerdo de subrogación para una madre sustituta, inclusive a una afiliada que actúe como tal o que use los servicios de una madre sustituta que pueda o no estar afiliada, y a cualquier niño nacido como resultado de un acuerdo de subrogación. Esta exclusión se aplica a todos los servicios de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un acuerdo de subrogación, a una madre sustituta inclusive, pero sin limitarse a:
- a. Atención prenatal;
 - b. Atención intraparto (o la atención prestada durante el parto y el nacimiento);
 - c. Atención posparto (o atención para la madre sustituta después del parto);
 - d. Servicios de salud mental relacionados con el acuerdo de subrogación;
 - e. Gastos relacionados con el semen del donante, inclusive la recolección y preparación para la implantación;
 - f. Los gametos o embriones del donante o el almacenamiento de los mismos relacionados con un acuerdo de subrogación;
 - g. El uso de gametos o embriones congelados para lograr una futura concepción en un acuerdo de subrogación;
 - h. Diagnóstico genético preimplantación relacionado con el acuerdo de subrogación;
 - i. Toda complicación del niño o de la madre sustituta que resulte del embarazo; o
 - j. Cualquier otro servicio de atención médica, suministros y medicamentos relacionados con un acuerdo de subrogación.

Todos y cada uno de los servicios de atención médica, suministros o medicamentos proporcionados a cualquier niño nacido de una madre sustituta como resultado de un acuerdo de subrogación también están excluidos, excepto cuando el niño es el hijo adoptivo de los asegurados que poseen una póliza activa con nosotros y / o el niño posee una póliza activa con nosotros al momento del nacimiento.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

No se pagarán beneficios bajo esta subsección 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, sangre, o plasma sanguíneo, excepto cuando se usan para cuidado preventivo y estén listados en el formulario.
4. Por medicamentos que serán administrados al *afiliado*, por completo o en parte, en el lugar donde se suministra.
5. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
6. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *médico*.
7. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
8. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o formada por componentes que están disponibles en forma de venta libre y es terapéuticamente equivalente, excepto en el caso de los productos de venta libre que aparecen en el formulario.

9. Para medicamentos etiquetados "Precaución – limitado por la ley federal para usarse en investigación" o para medicamentos en fase de investigación o experimental.
10. Para todo medicamento que nosotros identifiquemos como duplicación terapéutica a través del Programa de revisión de utilización de medicamentos.
11. Para un suministro de más de 30 días cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la red de suministros de días extendidos. Los medicamentos de especialidad y otras categorías de medicamentos selectos se limitan a un suministro de 30 días cuando se surten al por menor o se piden por correo. Se debe tener en cuenta que sólo el suministro de 90 días está sujeto al *costo compartido* con descuento. Los pedidos por correo de menos de 90 días están sujetos a la cantidad de *costo compartido* estándar.
12. Para medicamentos extranjeros recetados, excepto aquellos asociados con una Afección Médica de Emergencia mientras usted esté viajando fuera de los Estados Unidos. Estas excepciones aplican solo a los medicamentos con una receta equivalente aprobada por la FDA que podría estar cubierta bajo este documento si se obtiene en los Estados Unidos.
13. Para la prevención de cualquier enfermedad que no sea endémica para los Estados Unidos, tal como la malaria, y donde el tratamiento preventivo está relacionado con la vacación del *afiliado* durante un viaje fuera del país. Esta sección no prohíbe la cobertura del tratamiento para las enfermedades arriba mencionadas.
14. Para medicamentos usados para fines cosméticos.
15. Para medicamentos para la infertilidad, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
16. Para toda sustancia controlada que excede los equivalentes de morfina máximos establecidos por el estado en un lapso de tiempo particular, como lo establecen las leyes y regulaciones estatales.
17. Para las cantidades de medicamentos o dosis que 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 suministrado en una farmacia sin restricción mientras el afiliado está en el programa de restricción de opiáceos.
20. Para cualquier medicamento relacionado con el embarazo a través de una madre sustituta.
21. Para cualquier medicamento usado para tratar la hiperhidrosis.
22. Para cualquier medicamento inyectable o producto biológico que no se espera que sea autoadministrado por el *afiliado* en su lugar de residencia, a menos que aparezca en el formulario.
23. Para cualquier reclamo presentado por una farmacia que no esté con restricción mientras el afiliado esté en condición de restricción. Para facilitar el uso apropiado de los beneficios y prevenir la sobreutilización de los opioides, la participación del miembro en el estatus de restricción se determinará mediante la revisión de los reclamos de farmacia.
24. Para cualquier versión de vitamina(s) con receta o de venta libre, a menos que de otra manera se incluya en el formulario.

Programa de restricción (Lock-in)

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

Requisitos de autorización previa para servicios

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

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

1. Reciba un servicio o suministro de un proveedor *fuera de la red*;
2. Sea admitido en una instalación de la *red* por un proveedor fuera de 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 fuera de 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 del seguro 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. 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*.

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

En el caso que un afiliado esté bajo el cuidado de un *proveedor de la red* al momento que el *proveedor* deje de participar en la red y al momento de la terminación del *proveedor en la red*, el afiliado tiene *circunstancias especiales* tales como (1) una discapacidad, (2) sometido a tratamiento activo para una enfermedad aguda o crónica, (3) enfermedad potencialmente mortal, o (4) segundo (2^{do}) o tercer (3^{er}) trimestre de embarazo y está recibiendo tratamiento de acuerdo con los dictados de la prudencia médica, Ambetter from Superior HealthPlan continuará proporcionando la cobertura para esos servicios del *proveedor* al nivel de beneficio dentro de la red.

Circunstancias especiales significa una afección tal que el médico tratante o proveedor de atención razonablemente considera que la suspensión de atención médica por el *médico* o *proveedor* tratante podría causar daño al *afiliado* quien es el paciente. Ejemplos de un *afiliado* que tiene una circunstancia especial incluye un *afiliado* con discapacidad, enfermedad aguda, *enfermedad* potencialmente mortal, o quien haya pasado la semana 24 del *embarazo*.

Las circunstancias especiales serán identificadas por el *médico* tratante o *proveedor* de atención médica, quien debe solicitar que al *afiliado* se le autorice continuar el tratamiento bajo el cuidado del médico o proveedor y acepte no buscar pago del *afiliado* de ninguna cantidad por la cual el *afiliado* no sería responsable si el *médico* o *proveedor* aún fuera un *proveedor de la red*. No se pueden solicitar circunstancias especiales cuando un proveedor ha sido despedido por su competencia médica o su comportamiento profesional.

La continuación de cobertura bajo esta subsección no se extenderá por más de noventa (90) días, o más de nueve (9) meses si el *afiliado* ha sido diagnosticado con enfermedad terminal, más allá de la fecha en que la terminación del proveedor de la red entre en vigencia. Si una *afiliada* ha pasado la semana 24 del *embarazo* al momento que la terminación del *proveedor* entra en vigencia, la continuación de la cobertura puede extenderse hasta el parto del bebé, atención médica inmediata del posparto, y chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas después del parto.

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 ProviderSearch.AmbetterHealth.com. No todos los estados tienen planes de Ambetter. Si tiene la intención de buscar atención de un *proveedor* de Ambetter fuera del área de servicio, es posible que se le requiera obtener una *autorización* previa 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.

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 Complaint Department

5900 E. Ben White Blvd.

Austin, TX 78741

Fax: 1-800-310-0943

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 72 horas desde el momento que la recibamos. Dentro de las 72 horas, recibirá una carta con la resolución de *su queja*.

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 miembros. *Usted* recibirá un paquete de audiencia cinco días antes de la audiencia con el panel de apelación. *Usted* puede acudir a la audiencia, tener algún representante en la audiencia, o tener un representante que lo acompañe a la audiencia. El panel hará una recomendación para la decisión final sobre *su queja*. Recibirá *nuestra* decisión final dentro de 30 días de *su* solicitud de *apelación de queja*.

Prohibidas las represalias

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

Acceso a los servicios de ginecología y obstetricia

Las mujeres afiliadas tendrán acceso directo a un ginecólogo obstetra (que es un proveedor exclusivo) para los servicios de la salud femenina.

Información de la red

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

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

- Especialidad del proveedor
- Código postal
- Género
- Idiomas que habla
- 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*.

- Nombre, dirección y números telefónicos
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- 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).

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: Bandera, Bastrop, Bell, Bexar, Blanco, Brazoria, Brazos, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Cameron, Collin, Comal, Concho, Dallas, Denton, El Paso, Fayette, Fort Bend, Gillespie, Grimes, Harris, Hays, Hidalgo, Hunt, Kendall, Kerr, Lee, Llano, Madison, Mason, McCulloch, McLennan, Medina, Menard, Montgomery, Nueces, Parker, Potter, Randall, Rockwall, Starr, Tarrant, Travis, Webb, Willacy, y Williamson.

El número de afiliados efectivos en el *área de servicio* de Ambetter bajo la licencia de Proveedor exclusivo (EPO) de Celtic es actualmente de 319,726. Refiérase a la tabla de abajo para un desglose de los afiliados efectivos basados en el área de servicio.

Área de servicio	Total de afiliados efectivos 2020
Bandera	493
Bastrop	1,095
Bell	2,114
Bexar	23,442
Blanco	435
Brazoria	3,216
Brazos	2,024
Brooks	80
Burleson	219
Burnet	1,072

Caldwell	566
Cameron	10,356
Collin	12,430
Comal	1,305
Concho	35
Dallas	30,096
Denton	14,530
El Paso	22,343
Fayette	463
Fort Bend	19,557
Gillespie	1,916
Grimes	459
Harris	55,169
Hays	1,995
Hidalgo	28,180
Hunt	1,146
Kendall	792
Kerr	1,637
Lee	267
Llano	555
Madison	192
Mason	187
McCulloch	139
McLennan	2,545
Medina	919
Menard	38
Montgomery	6,235
Parker	1,520
Rockwall	1,352
Starr	2,398
Tarrant	45,125
Travis	14,507
Willacy	929
Williamson	5,653

Datos demográficos de la red

Tipo de Proveedor	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	*Cirugía	Hospital General para casos agudos
Aransas	4	0	0	1	2	0
Armstrong	0	0	0	0	0	0
Atascosa	28	2	8	0	4	2

Austin	8	0	0	0	0	2
Bandera	8	1	1	0	0	0
Bastrop	32	6	17	0	3	1
Bell	56	22	9	30	8	1
Bexar	1410	536	397	104	593	39
Blanco	2	0	0	0	0	0
Bosque	41	0	1	0	3	1
Brazoria	76	24	25	18	24	8
Brazos	234	26	58	9	87	5
Brewster	6	2	4	0	1	1
Brooks	5	2	0	0	0	0
Brown	30	3	5	1	7	2
Burleson	6	0	0	0	0	2
Burnet	45	5	2	2	8	1
Caldwell	59	5	15	1	3	4
Calhoun	5	0	14	0	6	1
Cameron	359	94	95	19	118	4
Camp	36	14	4	1	5	2
Carson	1	0	0	0	0	0
Castro	2	0	0	0	1	2
Chambers	11	1	0	0	0	2
Cherokee	43	7	7	0	10	1
Coleman	1	0	0	0	0	0
Collin	662	143	194	27	274	15
Collingsworth	0	0	0	0	0	0
Comal	52	11	53	2	6	1
Comanche	11	0	0	0	2	1
Concho	1	0	0	0	0	1
Cooke	19	0	1	1	2	1
Dallam	0	0	0	0	0	0
Dallas	1800	297	273	85	430	22
Deaf Smith	2	0	0	0	0	1
Delta	4	0	0	0	0	0
Denton	458	56	63	12	93	6
DeWitt	5	0	0	0	3	1
Donley	0	0	0	0	0	0
Edwards	0	0	0	0	0	0
El Paso	540	197	259	48	254	18
Ellis	216	37	5	0	14	1
Falls	4	0	0	0	1	4
Fayette	10	3	7	2	9	1
Fisher	2	0	0	0	0	1
Fort Bend	290	39	59	19	80	9
Freestone	2	0	0	0	0	1
Frio	13	0	4	1	0	2
Galveston	89	5	3	20	6	2
Gillespie	57	5	7	1	22	2
Goliad	0	0	0	0	0	0
Gonzales	3	0	0	0	0	1
Grayson	52	7	15	6	18	3
Gregg	88	15	38	2	14	1
Grimes	16	0	0	0	0	1
Guadalupe	14	14	20	0	4	1

Hamilton	1	0	0	1	1	4
Hardin	6	0	0	0	0	0
Harris	2274	688	560	359	705	38
Hartley	2	0	0	0	0	2
Hays	116	28	61	9	35	1
Henderson	23	0	6	0	2	3
Hidalgo	813	307	176	56	204	14
Hill	29	1	0	0	0	1
Hood	24	2	2	0	12	2
Houston	11	0	0	0	0	1
Hunt	60	13	3	19	9	12
Irion	0	0	0	0	0	0
Jack	1	0	0	0	0	2
Jackson	0	0	0	0	0	2
Jefferson	82	16	5	24	12	4
Johnson	50	5	7	3	2	0
Kendall	55	4	9	6	24	0
Kerr	85	5	18	0	22	2
Kimble	0	0	0	0	0	0
Kinney	0	0	0	0	0	0
Lampasas	24	1	10	0	2	0
Lavaca	59	0	0	0	0	5
Lee	2	1	0	2	1	0
Leon	1	0	0	0	0	0
Liberty	22	4	0	2	2	1
Limestone	21	0	0	0	1	8
Llano	10	0	0	0	0	0
Madison	9	0	0	0	0	4
Mason	2	1	0	0	0	0
Matagorda	3	2	5	0	4	0
McCulloch	11	1	0	0	3	2
McLennan	108	15	13	7	56	2
Medina	46	0	12	0	1	2
Menard	1	0	0	0	0	0
Milam	9	4	0	0	0	0
Mills	0	0	0	0	0	0
Mitchell	3	0	0	0	0	2
Montague	8	0	0	0	1	0
Montgomery	391	34	53	16	73	11
Nacogdoches	16	7	4	3	6	1
Navarro	21	2	5	1	5	2
Nueces	125	66	44	34	88	22
Oldham	0	0	0	0	0	0
Orange	4	1	0	0	0	1
Palo Pinto	1	0	1	0	0	1
Panola	19	2	12	0	1	6
Parker	53	7	27	6	5	1
Parmer	5	0	0	0	0	0
Potter	90	19	6	14	21	2
Rains	2	0	0	0	0	0
Randall	18	1	1	0	0	0
Real	0	0	0	0	0	0
Refugio	1	0	0	0	0	4

Robertson	3	0	0	0	0	0
Rockwall	53	7	16	0	29	3
Rusk	19	2	6	0	6	1
San Jacinto	2	0	0	0	0	0
San Saba	1	0	0	0	0	0
Schleicher	0	0	0	0	0	0
Scurry	0	0	0	0	0	2
Sherman	0	0	0	0	0	0
Smith	134	14	11	8	28	9
Somervell	8	0	0	0	1	2
Starr	79	8	0	0	33	1
Stonewall	4	0	0	0	0	2
Sutton	3	0	1	0	0	1
Tarrant	1658	225	330	97	351	23
Travis	1176	496	462	151	465	21
Trinity	6	1	0	0	0	0
Tyler	1	0	0	0	0	1
Val Verde	26	15	6	12	13	2
Van Zandt	7	1	0	0	0	0
Victoria	91	15	20	1	34	6
Waller	3	1	0	0	0	0
Webb	85	33	21	11	24	3
Wharton	29	2	2	0	2	2
Wheeler	0	0	0	0	0	1
Willacy	12	1	0	0	0	0
Williamson	357	148	89	39	72	7
Wise	67	1	7	1	13	8
Wood	39	2	0	0	5	1
Zapata	3	2	4	0	0	0

Exenciones y Plan de acceso al mercado local

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

Tipo de Proveedor	Atención primaria	Pediatría - Atención de rutina/primaria	Ginecología (OB/GYN)	Psiquiatría	*Cirugía	Hospital General para casos agudos
Aransas						X
Armstrong					X	
Atascosa						
Austin						
Bandera						
Bastrop						
Bell						
Bexar						
Blanco						
Bosque						
Brazoria						
Brazos						
Brewster	X			X	X	X
Brooks						X
Brown					X	
Burleson						
Burnet						
Caldwell						
Calhoun						
Cameron						
Camp						
Carson					X	
Castro					X	
Chambers	X	X				
Cherokee						
Coleman					X	
Collin						
Collingsworth	X	X	X	X	X	
Comal						
Comanche					X	
Concho					X	
Cooke						
Dallam	X	X	X	X	X	
Dallas						
Deaf Smith					X	
Delta						
Denton						
DeWitt						
Donley	X	X	X		X	
Edwards	X	X			X	
El Paso						
Ellis						
Falls						

Fayette						
Fisher					X	
Fort Bend						
Freestone						
Frio						
Galveston						
Gillespie						
Goliad						
Gonzales						
Grayson						
Gregg						
Grimes						
Guadalupe						
Hamilton						
Hardin						
Harris						
Hartley	X	X			X	
Hays						
Henderson	X	X				
Hidalgo						
Hill						
Hood						
Houston						
Hunt						
Irion					X	
Jack						
Jackson						
Jefferson					X	
Johnson						
Kendall						
Kerr						
Kimble					X	
Kinney					X	
Lampasas						
Lavaca						
Lee						
Leon						
Liberty						
Limestone						
Llano						
Madison						
Mason					X	
Matagorda						
McCulloch					X	
McLennan						
Medina						
Menard					X	
Milam						
Mills					X	
Mitchell					X	

Montague						
Montgomery						
Nacogdoches						
Navarro						
Nueces						
Oldham					X	
Orange					X	
Palo Pinto						
Panola						
Parker						
Parmer	X	X	X	X	X	
Potter					X	
Rains						
Randall					X	
Real					X	X
Refugio						
Robertson						
Rockwall						
Rusk						
San Jacinto						X
San Saba					X	
Schleicher					X	
Scurry					X	
Sherman	X	X	X	X	X	
Smith						
Somervell						
Starr						
Stonewall	X	X			X	
Sutton	X	X			X	
Tarrant						
Travis						
Trinity						
Tyler						
Val Verde					X	
Van Zandt						
Victoria						
Waller						
Webb					X	
Wharton						
Wheeler	X	X	X	X	X	
Willacy						
Williamson						
Wise						
Wood						
Zapata					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).

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

- Un *plan de beneficios de proveedores exclusivos* no proporciona beneficios por servicios que *usted* recibe de *proveedores fuera de la red*, con excepciones específicas como se describe en *su* póliza y abajo.
- *Usted* tiene el derecho a una *red* adecuada de *proveedores preferidos* (conocidos como “*proveedores de la red*”).
 - Si considera que la *red* es inadecuada, puede presentar una *queja ante el* Departamento de Seguros de Texas.
- Si *su* aseguradora *aprueba* una referencia para servicios fuera de la red debido a que no hay un *proveedor preferido* disponible, o si *usted* ha recibido *atención médica de emergencia* fuera de la red, *su* aseguradora debe, en la mayoría de casos, resolver la factura del *proveedor no preferido* para que *usted* sólo tenga que pagar cualquier cantidad de *coaseguro*, *copago*, y *deducible* aplicable.
- *Usted* puede obtener un directorio actualizado de *proveedores preferidos* en el siguiente sitio web: [Ambetter from Superior HealthPlan](#) o llamando al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/ TTY 1-800-735-2989) para recibir asistencia en encontrar *proveedores preferidos disponibles*. Si *usted* se basó en la información del directorio materialmente inexacta, *usted* puede tener derecho a que un reclamo por servicio fuera de la red se le pague al nivel de beneficios de la red.

Renovación garantizada

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

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

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

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

Al menos con 31 días de antelación se le entregará a *usted* un aviso, en su última dirección mostrada en *nuestros* registros, de cualquier plan para tomar acción o realizar un cambio permitido por esta cláusula. *Nosotros* no realizaremos ningún cambio en su prima únicamente a causa de reclamaciones hechas bajo esta póliza o debido a un cambio en la salud de un *afiliado* cubierto. Mientras esta póliza esté vigente, *nosotros* no restringiremos la cobertura ya vigente. Si dejamos de ofrecer y rechazamos renovar todas las pólizas emitidas en este formulario, 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 este *contrato* (o el nuevo *contrato* al que está asignado para el año siguiente, si está asociado con una suspensión o reemplazo) vigente mediante el pago puntual de las primas requeridas. En la mayoría de los casos a *usted* se le pasará a un nuevo *contrato* cada año, sin embargo, *nosotros* podríamos decidir no renovar el *contrato* a partir de la fecha de renovación si: (1) *decidimos* no renovar todos los *contratos* emitidos en esta forma, con un nuevo *contrato* en el mismo nivel de metal con un tipo y nivel de beneficios similares para los residentes del estado donde *usted* entonces vive o, (2) hay fraude o una tergiversación material intencional realizada por o con el conocimiento de un *afiliado* en la presentación de un reclamo por *servicios cubiertos*.

Además de lo anterior, esta garantía para continuar la cobertura no *nos* impedirá cancelar o no renovar este *contrato* en los siguientes eventos: (1) falta de pago de la prima; (2) el *afiliado* no paga primas o contribuciones de acuerdo con los términos de este *contrato*, inclusive cualquier requisito de puntualidad; (3) el *afiliado* ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha realizado una tergiversación intencional del hecho material relacionado con este *contrato*; o (4) un cambio en la ley federal o estatal, ya no permite la continuación ofrecida de dicha cobertura, tal como la guía de CMS relacionada con individuos elegibles para Medicare.