

ambetter.[®]



Guía de servicios preventivos

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021

Servicios de atención preventiva de Ambetter

Los servicios de atención preventiva pueden ayudarle a hacerse cargo de su salud para que usted y su proveedor de atención primaria (PCP) puedan detectar problemas antes de que comiencen. Estos servicios incluyen controles, análisis de laboratorio y evaluaciones basándose en su edad, peso o historia clínica

Consulte las tablas de las páginas siguientes para los servicios preventivos incluidos en su plan de salud de Ambetter. En su examen anual de bienestar, pregunte a su PCP si necesita evaluaciones o análisis de laboratorio. Juntos, usted y su PCP pueden permanecer actualizados sobre cualquier cambio en su salud.

Si tiene preguntas, hable con su médico. También puede llamarnos al número sin costo que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de Ambetter.

Tablas de servicios preventivos de Ambetter

1. Servicios preventivos para adultos
2. Servicios preventivos para mujeres
3. Servicios preventivos para niños

CONSIDERACIONES DE BENEFICIOS

Antes de usar esta guía, revise su documento del plan de beneficios específico para los afiliados y cualquier mandato federal o estatal, si corresponde. *Nota: Esta es una guía general de cuidados preventivos, pero no está todo incluido.*

En todo este documento se utilizan las siguientes abreviaturas:

- USPSTF: United States Preventive Services Task Force (Grupo de Trabajo para Servicios Preventivos de Estados Unidos)
- PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible de 2010)
- ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación)
- HHS: Health and Human Services (Servicios de Salud y Humanos)
- HRSA: Health Resources and Services Administration (Administración de Recursos y Servicios de Salud)

Guía de servicios preventivos de Ambetter

Los servicios preventivos incluyen una amplia gama de servicios (incluso análisis de detección, asesoramiento e inmunizaciones/vacunas). La Ley federal de Protección al Paciente y Atención Médica Económica (PPACA, por sus siglas en inglés) requiere que los planes de salud no protegidos cubran los servicios de atención preventiva, cuando son proporcionados por proveedores de la red, sin costos compartidos para los afiliados. Los servicios de atención preventiva incluyen: artículos o servicios basados en la evidencia que tienen en efecto una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del USPSTF, vacunas para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en efecto una recomendación del ACIP, con respecto a los bebés, niños y adolescentes, atención preventiva basada en la evidencia y evaluaciones proporcionadas en las guías integrales apoyadas por la HRSA y con respecto a las mujeres, dicha atención preventiva adicional y evaluaciones según lo dispuesto en las guías integrales apoyadas por la HRSA.

Para apoyar sus esfuerzos y mejorar continuamente la satisfacción de nuestros afiliados, hemos adoptado parámetros nacionales de práctica para el tratamiento de enfermedades. Nuestro objetivo en la adopción de parámetros nacionales es ayudar a nuestros afiliados a lograr una calidad óptima de vida. Los parámetros se proporcionan a médicos para uso como pautas para ayudarlos en la toma de decisiones clínicas y la intención no es que sean estándares rígidos.

Servicios preventivos para adultos

Todos los afiliados: Exámenes anuales de bienestar; todas las inmunizaciones y vacunas de rutina recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización de los (CDC).

Todos los afiliados con edad y/o estado de riesgo apropiados: Asesoramiento y/o evaluación para: cáncer colorrectal; colesterol y lípidos elevados; ciertas enfermedades de transmisión sexual; VIH; depresión; presión arterial alta; diabetes. Evaluación y asesoramiento por abuso de alcohol en un entorno de atención primaria; uso de tabaco; obesidad; dieta y nutrición.

Salud masculina: Servicios de intervención como parte de un examen físico completo o controles periódicos para fines de educación o asesoramiento sobre posibles problemas de salud, incluso asesoramiento para dejar de fumar. Evaluación para el cáncer de próstata para hombres de 40 años de edad y mayores; evaluación por aneurisma aórtico abdominal en hombres de 65 – 75 años de edad (USPSTF recomienda esto para hombres de 65-75 años de edad que hayan sido fumadores).

Controles de rutina ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Examen de bienestar que incluye historia personal; presión arterial; índice de masa corporal (IMC); examen físico; evaluación preventiva; y asesoramiento	Anualmente para 18- 21 años de edad			Anualmente	
	Cada 1–3 años, dependiendo de los factores de riesgo				
Análisis de detección del cáncer ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Evaluación del cáncer colorrectal				Evaluación para hombres y mujeres de 50-75 años por cáncer colorrectal, análisis de sangre oculta en heces/ análisis inmunológico fecal anualmente; o sigmoidoscopia flexible cada 5 años; o colonoscopia cada 10 años	
	Pacientes en riesgo alto para cáncer colorrectal - 1 evaluación cada 2 años				
Evaluación para el cáncer de la piel	Exámenes periódicos completos de la piel cada 3 años a criterio de su proveedor de atención médica		Examen anual completo de la piel a discreción de su proveedor de atención médica		
Evaluación para el cáncer de mama (mujeres)	Examen clínico anual de las mamas y autoexamen mensual				
	Las mamografías están cubiertas una vez al año. Las mamografías de alto riesgo o de seguimiento necesarias pueden requerir una visita anual adicional. **				
Evaluación para el cáncer del cuello uterino (mujeres)	Examen inicial de Papanicolaou cada 3 años a partir de los 21 años; si tiene 30 años o más, un Papanicolaou cada 3 años solo o cada 5 años con el análisis para detectar el virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) solo o cada 5 años con el análisis de hrHPV en combinación con el Papanicolaou (al mismo tiempo). Las mujeres de 65 años o más pueden dejar de someterse al examen de detección.				
Cáncer testicular y de la próstata (hombres)	Examen clínico testicular en cada visita de control de la salud y autoexamen mensual				
Otras evaluaciones recomendadas	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Índice de masa corporal (IMC)	A discreción de su proveedor de atención médica, además de su examen de bienestar (puede hacerse un examen anual para detectar el sobrepeso y los trastornos alimentarios, consulte las tablas de crecimiento e IMC de los CDC)				
Aneurisma aórtico abdominal					Hombres de 65 a 75 años de edad que alguna vez hayan fumado
Presión arterial (hipertensión)	En cada consulta médica urgente/no urgente y al menos una vez cada dos años				
Análisis de colesterol	Cada 5 años o con mayor frecuencia a discreción de su proveedor de atención médica				
Análisis para la detección de la diabetes (tipo 2)			Cada 3 años o antes si hay factores de riesgo		
Análisis de densidad de la masa ósea (DMO) (mujeres)			Considere sus factores de riesgo, consulte con su proveedor de atención médica sobre los análisis de DMO para todas las mujeres postmenopáusicas que tienen uno o más factores de riesgo para fracturas por osteoporosis	Análisis de DMO una vez, o con mayor frecuencia a discreción de su proveedor de atención médica	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis B	Adolescentes y adultas no embarazadas que tienen un alto riesgo de infección				
Detección de enfermedades infecciosas ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Infecciones de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, sífilis y VPH 3)	Evaluaciones anuales para pacientes sexualmente activos menores de 25 años; anualmente para pacientes de 25 años y mayores si tienen riesgo. El VPH es para personas de 26 años de edad y menores, si no han sido previamente vacunadas.				
Detección de la tuberculosis: adultos	Se recomiendan los análisis para detectar la infección tuberculosa latente en personas con mayor riesgo de infección				
Inmunizaciones ^{1, 2, 4, 5} (Recomendación de rutina - Pregunte a su PCP sobre las vacunas que puede necesitar)	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Vacuna contra la influenza (gripe)	Anualmente				
Tétanos, difteria y tos ferina (TD/Tdap)	19 años de edad y mayores: Vacuna Tdap una vez (puede sustituir una dosis única para refuerzo de Td), luego refuerzo con Td cada 10 años (si está embarazada, hable con su médico sobre cómo aplicarse una vacuna Tdap durante el 3er trimestre de cada embarazo para proteger a su bebé de la tosferina (pertussis))				
Vacuna contra la varicela	2 dosis para los que tienen 19 años de edad y más que no han recibido la vacuna y no han tenido varicela				
Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH)	Se pueden administrar 3 dosis tanto a hombres como mujeres de 19-26 años a discreción de su proveedor de atención médica	Evaluaciones anuales para pacientes sexualmente activos menores de 25 años; anualmente para pacientes de 25 años o más si están en riesgo. El VPH es para los menores de 26 años, si no se han vacunado previamente. Nota: Para los adultos de 27 a 45 años, el beneficio para la salud pública de la vacunación contra el VPH en este rango de edad es mínimo; se recomienda la toma de decisiones clínicas compartidas porque algunas personas que no están adecuadamente vacunadas podrían beneficiarse			
Vacuna contra el herpes zóster				50 años y más	
Vacuna antineumocócica conjugada Valente 13 (PCV13)	Dosis única antes de los 65 años				1 dosis 65+ si no hay evidencia de inmunización previa
Vacuna antineumocócica polisacárida (PPSV23)	1 o 2 dosis antes de los 65 años de edad				1 dosis 65+ si no hay evidencia de inmunización previa
Vacuna antimeningocócica	1 o más dosis si no se le inmunizó previamente, dependiendo de los factores de riesgo y otro indicador				
Vacuna contra la hepatitis A	2 dosis si hay factores de riesgo (si no las recibió de niño)				
Vacuna contra la hepatitis B	3 dosis si hay factores de riesgo (si no la recibió de niño) (Mujeres embarazadas a partir de la primera visita prenatal. Consulte con su proveedor de atención médica)				
Haemophilus Influenza Tipo B (Hib)	1 o 3 dosis si hay factores de riesgo				
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)	1 o 2 dosis para adultos de 19 a 25 años sin historia de infección o inmunización previa				

Servicios preventivos para mujeres

Evaluaciones de la salud femenina, que incluyen: servicios preventivos relacionados con el embarazo, visitas de bienestar para la mujer, asesoramiento previo a la concepción y atención prenatal, análisis de Papanicolaou y análisis de detección del cáncer del cuello uterino, métodos anticonceptivos, asesoramiento, evaluación y asesoramiento sobre violencia interpersonal y doméstica.

Controles de rutina ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Examen de bienestar que incluye historia personal; presión arterial; índice de masa corporal (IMC); examen físico; evaluación preventiva; y asesoramiento	Anualmente para 18 a 21 años de edad			Anualmente	Anualmente
	Cada 1–3 años, dependiendo de los factores de riesgo				
Controles de rutina ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Análisis para detección de anemia	Mujeres embarazadas				
Evaluación para el cáncer del cuello uterino (mujeres)	Examen inicial de Papanicolaou cada 3 años a partir de los 21 años; si tiene 30 años o más, un Papanicolaou cada 3 años solo o cada 5 años con el análisis para detectar el virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) solo o cada 5 años con el análisis de hrHPV en combinación con el Papanicolaou (al mismo tiempo). Las mujeres de 65 años o más pueden dejar de someterse al examen de detección.				
Métodos anticonceptivos y asesoramiento aprobados por la FDA	Según lo recetado por un proveedor de atención médica para las mujeres con capacidad reproductiva				
Evaluación del cáncer colorrectal				Evaluación para hombres y mujeres de 50-75 años por cáncer colorrectal, análisis de sangre oculta en heces/ análisis inmunoquímico fecal anualmente; o sigmoidoscopia flexible cada 5 años; o colonoscopia cada 10 años	
	Pacientes en riesgo alto para cáncer colorrectal - 1 evaluación cada 2 años				
Detección de la diabetes gestacional	Para las mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo, o aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional				
Evaluación para el cáncer de la piel	Exámenes periódicos completos de la piel cada 3 años a criterio de su proveedor de atención médica		Examen anual completo de la piel a discreción de su proveedor de atención médica		
Evaluación para el cáncer de mama (mujeres)	Examen clínico anual de las mamas y autoexamen mensual				
	Las mamografías están cubiertas una vez al año. Las mamografías de alto riesgo o de seguimiento necesarias pueden requerir una visita anual adicional. **				
Detección y asesoramiento de la violencia doméstica e interpersonal	Recomendado para todas las mujeres con una evaluación de rutina y asesoramiento por un proveedor de la red				
Asesoramiento sobre lactancia materna y posparto, equipos y suministros	Para las mujeres, como parte del asesoramiento pre y postnatal para embarazadas, con el alquiler o la compra de determinados equipos de lactancia a través de proveedores autorizados				
Evaluación de la ansiedad	Evaluación de la ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las embarazadas o posparto (debe utilizarse el criterio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación)				
Otras evaluaciones recomendadas ¹	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Índice de masa corporal (IMC)	A discreción de su proveedor de atención médica, además de su examen de bienestar (puede hacerse un examen anual para detectar el sobrepeso y los trastornos alimentarios, consulte las tablas de crecimiento e IMC de los CDC)				
Presión arterial (hipertensión)	En cada consulta médica urgente/no urgente y al menos una vez cada dos años				
Análisis de colesterol	Mujeres de 20 a 45 años de edad para trastornos de los lípidos si tienen un mayor riesgo de cardiopatía coronaria <i>Evaluaciones cada 5 años o más a los 45 años de edad y mayores como lo sugiera el proveedor de atención médica</i>				
Análisis para la detección de la diabetes (tipo 2)			Cada 3 años, a partir de los 45 años de edad o más a menudo y comenzando a una edad más temprana a discreción de su proveedor de atención médica		
Análisis de densidad de la masa ósea (DMO) (mujeres)			Considere sus factores de riesgo, consulte con su proveedor de atención médica sobre los análisis de DMO para todas las mujeres postmenopáusicas que tienen uno o más factores de riesgo para fracturas por osteoporosis		Análisis de DMO una vez, o con mayor frecuencia a discreción de su proveedor de atención médica
Detección de enfermedades infecciosas	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65+ años
Infecciones de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, sífilis y VPH 3)	Evaluaciones anuales para pacientes sexualmente activos menores de 25 años; anualmente para pacientes de 25 años y mayores si tienen riesgo. El VPH es para personas de 26 años de edad y menores, si no han sido previamente vacunadas.				
Hepatitis B	3 dosis si hay factores de riesgo (si no la recibió de niño) (Mujeres embarazadas a partir de la primera visita prenatal. Consulte con su proveedor de atención médica)				

Servicios preventivos para niños

Incluye consultas anuales para niños sanos, detección de problemas de audición en recién nacidos, enfermedad tiroidea, fenilcetonuria, anemia de células falciformes y análisis de detección metabólica estándar para enfermedades hereditarias de

deficiencia enzimática. Asesoramiento sobre la aplicación de flúor para prevención de la caries dental; detección de trastornos depresivos graves; problemas de la vista; de plomo en sangre; tuberculosis; desarrollo/autismo; asesoramiento sobre la obesidad.

Análisis de detección ¹	0-1 año (Infancia)	1-4 años (Infancia temprana)	5-11 años (Infancia media)	12-17 años (Adolescencia)
Visitas y cuidados del bebé sano (incluso análisis de colesterol, medición de la estatura, peso, indicadores del desarrollo e IMC)	Edades de 1-2 semanas; y 1, 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Evaluar la lactancia materna en bebés entre 3 y 5 días de edad	A los 15, 18 y 24 meses de edad; y 3 y 4 años de edad	Anualmente	Anualmente
Anemia	Una vez entre 9-12 meses de edad	Según sea necesario, a discreción de su proveedor de atención médica		A partir de los 12 años de edad, evaluar a todas las adolescentes no embarazadas por anemia cada 5- 10 años durante las consultas de bienestar. Evaluación anual de la anemia si tienen riesgo alto
Análisis para detección de plomo en sangre	Evaluación inicial entre 9-12 meses de edad	Anualmente a los 2 y 3 años de edad y nuevamente a los 4 años si están en áreas de alto riesgo	Si nunca se le evaluó, antes de entrar al jardín de infancia (kindergarten)	
Análisis de orina			Una vez a los 5 años a discreción de su profesional de atención médica	
Presión arterial		Anualmente a partir de los 3 años		
Audición	Evaluar antes de dar de alta o al mes de nacido	Audiometría a las edades de 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15 y 17 años.		
Vista	Evaluar antes de dar de alta y a los 6 meses	Examen de agudeza visual a los 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15 y 17 años de edad Evaluación de estrabismo (ojo vago) entre los 3 y 5 años de edad		
Análisis (examen) de Papanicolaou (mujeres)				Según ACS cada 3 años a partir de la edad de 21 años o según lo recomiende un profesional para hallazgos anormales
Detección de clamidia				Si es sexualmente activa y < 24 años
Análisis para detectar enfermedades de transmisión sexual		Evaluaciones anuales para pacientes sexualmente activos menores de 25 años; anualmente para pacientes de 25 años y mayores si tienen riesgo. El VPH es para personas de 26 años de edad y menores, si no han sido previamente vacunadas		
Examen testicular (hombres)				Examen clínico e instrucción sobre el autoexamen anualmente a partir de los 15 años de edad
Evaluación para detectar hipotiroidismo congénito	Recién nacidos			
Evaluación para enfermedad cardíaca congénita grave	Recién nacidos antes del alta del hospital			
Evaluación para detección de trastornos de colesterol/ de los lípidos	Niños en riesgo de 2 a 8 años de edad		En riesgo de 9 a 11 años de edad	Adolescentes en riesgo de 12 a 18 años de edad
Prueba de tuberculina	Niños y adolescentes en riesgo			
Examen de la vista de rutina para niños	1 consulta anual			
Depresión				11 - 17 años de edad
Inmunizaciones 1, 2, 4, 5	0-1 año (Infancia)	1-4 años (Infancia temprana)	5-11 años (Infancia media)	12-17 años (Adolescencia)
Hepatitis A		2 dosis recomendadas de rutina a los 12-24 meses y para niños con alto riesgo mayores de 24 meses		
Hepatitis B	2 dosis recomendadas de rutina al nacer y 1-2 meses de edad	1 dosis a los 6 -18 meses		
Difteria, tétanos, pertussis (DTaP) tétanos, difteria y pertussis acelular (Tdap) [Nota: reemplaza a tétanos difteria (Td)]	3 dosis de DTaP recomendada de rutina a los 2, 4 y 6 meses de edad	1 dosis a los 15 -18 meses	1 dosis entre los 4 -6 años de edad	1 dosis de Tdap entre los 7 - 10 años en lugar de la vacuna Td si usted no sabe si su hijo(a) las ha recibido; incluso entre 13-18 años de edad a quien no recibió el refuerzo de Td a los 11- 12 años
Vacuna contra la poliomielitis	2 dosis recomendadas de rutina a los 2 y 4 meses de edad	1 dosis recomendada entre 6 y 18 meses	1 dosis entre los 4 -6 años de edad	
Haemophilus (Hib)	3 dosis recomendadas de rutina a los 2, 4 y 6 meses de edad	1 dosis entre 12 y 15 meses		
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		1 dosis recomendada de rutina entre 12 y 15 meses de edad	1 dosis entre los 4 -6 años de edad	
Vacuna contra la varicela		1 dosis recomendada de rutina entre los 12 y 15 meses	1 dosis entre los 4 -6 años de edad	
Vacuna antineumocócica	3 dosis recomendadas de rutina a las edades de 2, 4 y 6 meses	1 dosis entre 12-15 meses		
Vacuna antimeningocócica		Sólo para determinados grupos de alto riesgo. Según sea necesario a criterio de su proveedor de atención médica		1 dosis entre los 11 y 12 años de edad; 1 dosis al entrar a la escuela secundaria o a la universidad si no se ha vacunado previamente

Virus del Papiloma Humano (VPH)		3 dosis entre 11–12 años de edad para hombres y mujeres. Cualquier dosis no administrada a la edad recomendada, se administrará en una visita subsiguiente
Vacuna contra la influenza (gripe)	Anualmente para niños que tienen 6 meses de edad y más.	
Rotavirus	3 dosis a los 2, 4 y 6 meses	

- 1 Ambetter cubrirá beneficios preventivos adicionales cuando lo requiera el estado.
- 2 Algunas inmunizaciones están indicadas para ciertas enfermedades, consulte con su proveedor sobre qué atención preventiva e inmunizaciones de rutina son las mejores para usted.
- 3 VPH es para las personas de 26 años de edad y menores si no se vacunaron previamente.
- 4 Ambetter cubre vacunas bajo su beneficio de servicio preventivo, sin gastos compartidos, cuando los servicios son prestados por un proveedor y/o farmacia dentro de la red que administra estas vacunas.
- 5 Recomendación de rutina - pregunte a su proveedor de atención primaria (PCP) sobre las inmunizaciones que puede necesitar.

****Ambetter paga por la evaluación para el cáncer de mama una vez al año a partir de los 35 años de edad. Cuando se administra como una exploración preventiva de la mama, la tomosíntesis digital de la mama (conocida como mamografía 3D) se considera una prestación preventiva cubierta. Nota: Las mamografías de diagnóstico están cubiertas, pero no forman parte de la cobertura de atención preventiva. Consulte con su proveedor para obtener más información.**

Limitaciones y exclusiones de la cobertura

1. Los servicios no cubiertos bajo el beneficio de atención preventiva pueden estar cubiertos bajo otra porción del plan de beneficios médicos.
2. Por lo general, el costo de fármacos, medicamentos, vitaminas, suplementos o artículos de venta sin receta no son elegibles como un beneficio de atención preventiva. Sin embargo, ciertos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, medicamentos para dejar de fumar y/o artículos de venta sin receta, según lo requiere PPACA, pueden estar cubiertos bajo el beneficio preventivo. Para obtener más detalles, consulte con el administrador del plan de farmacia específico para afiliados.
3. Una inmunización no está cubierta si no cumple con los requisitos de la Política de vacunas de la compañía para etiquetado de la FDA (que incluyen limitaciones de edad y/o género) y si no tiene recomendaciones definitivas de ACIP publicadas en el informe semanal de morbilidad y mortalidad de los CDC (CDC's Morbidity and Mortality Weekly Report) (MMWR).
4. Exámenes, evaluaciones, análisis o inmunizaciones no están cubiertas cuando:
 - a. se requieren únicamente para fines de la carrera, educación, deportes o campamento, viaje (incluso inmunización para viaje), empleo, seguro, matrimonio o adopción o,
 - b. están relacionadas con procedimientos u órdenes judiciales o administrativas, o
 - c. se llevan a cabo para fines de investigación médica, o
 - d. se requieren para obtener o mantener una licencia de cualquier tipo.
5. Los servicios que están en investigación son experimentales, no están probados o no son necesarios desde el punto de vista médico no están cubiertos. Para obtener más información, consulte las Pólizas médicas que corresponden ((Evidencia de Cobertura (EOC), Lista de Beneficios (SOB), etc.).
6. Equipos y suministros para la lactancia materna que no aparecen en la sección anterior de Indicaciones de cobertura. Esto incluye, pero no se limita a:
 - a. Bombas manuales para extraer leche materna y todo el equipo y los suministros relacionados.
 - b. Bombas para extracción de leche materna grado hospitalario y todo el equipo y suministros relacionados.
 - c. Equipo y suministros que no aparecen en la sección anterior de Equipo cubierto para la lactancia materna, incluso, pero sin limitarse a:
 - i. Pilas, adaptadores que funcionan con pilas y paquetes de pilas.
 - ii. Adaptadores eléctricos para viaje.
 - iii. Biberones que no son específicos para el funcionamiento de la bomba para extraer leche. Esto incluye los biberones, tapones y tapas asociados.
 - iv. Bolsas para viaje y otros accesorios similares para viaje o transporte.
 - v. Suministros para la limpieza de bombas para extraer leche incluso jabón, aerosoles, toallitas, bolsas para limpieza a vapor y otros productos similares.
 - vi. Balanzas para pesar bebés.
 - vii. Prendas de vestir u otros productos que permiten el funcionamiento de la bomba sin usar las manos.
 - viii. Bolsas para guardar leche materna, paquetes de hielo, etiquetas, tapas de etiquetado y otros productos similares.
 - ix. Sostenes para lactancia materna, almohadillas para el sostén, protectores para el sostén, protectores de pezones y otros productos similares.
 - x. Cremas, ungüentos y otros productos que alivian los síntomas o las enfermedades relacionados con la lactancia materna de los senos o pezones.

Los beneficios contenidos en este documento están vigentes en la actualidad, a menos que se indique lo contrario. Consulte siempre su Lista de Beneficios y la Evidencia de Cobertura para saber si hay algún costo asociado con su examen de atención preventiva. Es importante saber qué tipo de servicio está recibiendo. Si se realiza un servicio no preventivo durante la misma visita/examen de atención médica que un servicio preventivo, es posible que tenga un costo compartido (copago, coseguro y/o cargos deducibles) asociado con la atención no preventiva. Si recibe cualquier otro servicio cubierto durante una visita de atención preventiva, será responsable de pagar el costo compartido correspondiente a esos otros servicios.

Esta Guía de determinación de cobertura proporciona ayuda en la interpretación de servicios de atención preventiva de Ambetter. A la hora de decidir la cobertura, debe consultarse el documento del plan de beneficios específico del afiliado. Este documento es complementario al documento de su plan de beneficios (por ejemplo, la Evidencia de Cobertura (EOC) y la Lista de Beneficios (SOB), el Manual para Afiliados) y no debe utilizarse para garantizar la cobertura. Los proveedores deben identificar primero la elegibilidad del afiliado, cualquier requisito regulador federal o estatal y la cobertura del plan de beneficios específico del afiliado antes de utilizar esta Guía de Determinación de la Cobertura. Pueden aplicarse otras Políticas y Guías de determinación de la cobertura; los afiliados deben consultar la EOC para obtener información detallada sobre la cobertura, incluido el plan de beneficios de salud esencial. Ambetter se reserva el derecho, a su entera discreción, de modificar sus Políticas y Guías según sea necesario. Esta Guía de Determinación de la Cobertura se proporciona con fines informativos, es posible que su plan no pague por todos los servicios y tratamientos en esta guía. Esta guía no constituye un consejo médico.

Nota: Los servicios preventivos por lo general no incluyen los servicios destinados a tratar una enfermedad, lesión o afección existente. Los beneficios se determinarán en función de la forma en que el proveedor presente la factura. Los reclamos deben ser presentados con el código de diagnóstico y procedimiento apropiado para que se pague el 100% de los beneficios. Si durante su visita de servicios preventivos recibe servicios para tratar una enfermedad, lesión o afección existente, es posible que tenga que pagar un copago, un deducible y/o un coseguro por esos servicios cubiertos.

Esta información pretende ser un instrumento de referencia para su comodidad y no es una garantía de pago.



Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Superior HealthPlan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Superior HealthPlan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Superior HealthPlan:

- **Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:**
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- **Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:**
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from Superior HealthPlan at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

If you believe that Ambetter from Superior HealthPlan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with:

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

You can file a complaint by mail, fax, or email. If you need help filing a complaint, Ambetter from Superior HealthPlan is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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:**
 - o Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - o 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:**
 - o Intérpretes calificados
 - o 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>.



Spanish:	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).
Vietnamese:	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).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，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)。
Korean:	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.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده 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).
Urdu:	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 کال کریں۔
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, 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 tagasalain, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, 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).
Hindi:	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।
Persian:	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سوالی 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.
German:	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.
Gujarati:	જે 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.
Russian:	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).
Japanese:	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。
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ໃບທາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).