



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se le brindará por separado. Este documento es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2022/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#). Puede acceder al Glosario desde www.cciio.cms.gov o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Esto es Importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible total? | \$0 con un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) o mediante una referencia de IHCP de un proveedor no IHCP; o \$8,700/individual \$17,400/familiar | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este plan , cada miembro debe cumplir su propio deducible hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por los miembros de la familia alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. Servicios preventivos , atención primaria, especialista , atención de urgencia y medicamentos genéricos. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existe algún otro deducible para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | \$8,700/Individual \$17,400/familiar | El límite de desembolso es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , ellos tienen que cumplir sus propios límites de desembolso hasta alcanzar el límite de desembolso total familiar. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ? | Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no está cubierta por este plan . | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el límite de desembolso . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor perteneciente a la red ? | Sí. Visite https://providersearch.communityhealthchoice.org o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor no perteneciente a la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y el monto que paga su plan (facturación de saldo). Tenga presente que es posible que el proveedor perteneciente a la red que elija use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una referencia . |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) | |
| Si visita el consultorio o la clínica del proveedor | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | Sin cargo | Sin cargos después del deducible | Sin cobertura | Ninguno |
| | Visita a un especialista | Sin cargo | Sin cargos después del deducible | Sin cobertura | Ninguno |
| | Atención preventiva/chequeo/ vacunas | Sin cargo | Sin cargo No se aplica el deducible | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el plan . |
| Si le realizan una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cargos después del deducible | Sin cobertura | Ninguno |
| | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM) | Sin cargo | Sin cargos después del deducible | Sin cobertura | Requiere autorización previa . No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios. *Consulte la Cláusula 3(g) |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Para más información sobre la cobertura de | Medicamentos Genéricos | Sin cargo | Sin cargos después del deducible | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El nivel 1 incluye |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) | |
| medicamentos con receta visite https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/formulary-2022.pdf | | | | | genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. *Consulte la Cláusula 3(n). |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una <u>autorización previa</u> para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el <u>formulario</u> . No obtener una <u>autorización previa</u> para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico. El nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El nivel 3 incluye productos del <u>formulario</u> no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos). |
| | Medicamentos especializados | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El nivel 4 incluye <u>medicamentos especializados</u> . |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) | |
| Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Ninguno |
| | Traslado médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Requieren <u>autorización previa</u> los servicios como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, transferencias de instalación a instalación, transferencias <u>fuera de la red</u> y del área. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Ninguno |
| Si debe permanecer internado | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) | |
| | | | | | en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. |
| | Servicios para pacientes internados | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l) |
| | Servicios del profesional durante la atención del parto | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías) |
| | Servicios del establecimiento durante la atención del parto | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica a domicilio | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Perteneiente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Perteneiente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) | |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(e). |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la cláusula 3(j) |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen oftalmológico para niños | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w) |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños de 18 años o menos. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(w) |
| | Chequeo odontológico para niños | Sin cargo | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).

- Aborto con excepción de servicios limitados
 - Cirugía estética
 - Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
 - *Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su [plan](#)
 - Cuidado dental (adultos)
 - Atención de rutina de la vista (adultos)
 - Acupuntura
 - Tratamiento de la infertilidad
 - Programas para bajar de peso
 - Cirugía bariátrica
 - Atención a largo plazo
- Chequeo odontológico para niños

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)
- Enfermería privada (enfermería privada para pacientes hospitalizados)
- Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)
- Audífonos (cada oído, cada tres años)

Sus Derechos para Extender la Cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1- 800- 578- 4677, o el emisor al 1- 855- 315- 5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

¿Este plan le brinda Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#), es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-315-5386

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386

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

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza: <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

Información sobre estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$8,700 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 0% |
| ■ Otros costos compartidos | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios del profesional durante la atención del parto
 Servicios del establecimiento durante la atención del parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita de [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$12,700 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Peg pagaría un total de | \$0 |

Control de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro la red, afección bien controlada)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$8,700 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 0% |
| ■ Otros costos compartidos | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye educación sobre enfermedades*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$5,600 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Joe pagaría un total de | \$0 |

Mia sufrió una fractura simple

(visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$8,700 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 0% |
| ■ Otros costos compartidos | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluidos los insumos médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$0 |

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o mediante una [referencia](#) de IHCP de un proveedor no IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) no IHCP sin una [referencia](#) de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.

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