



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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?	\$0/Individual   \$0/familiar	Consulte a continuación el cuadro Eventos médicos frecuentes para conocer los costos que le corresponden a usted por los servicios cubiertos por este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existe algún otro <a href="#">deducible</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$2,750/ individual / \$5,500/ familiar	El <a href="#">límite de desembolso</a> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> total familiar.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no está cubierta por este <a href="#">plan</a> .	Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> ?	Sí. Visite <a href="https://providersearch.communityhealthchoice.org">https://providersearch.communityhealthchoice.org</a> o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenezca a la red del <a href="#">plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor</a> no perteneciente a la <a href="#">red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga presente que es posible que el <a href="#">proveedor</a> perteneciente a la <a href="#">red</a> que elija use un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .

27248TX0010012-06

BR99615



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 Participante (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$10 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/chequeo/</a> vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el <a href="#">plan</a> .
Si le realizan una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$10 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	<a href="#">coseguro</a> del 10%	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . 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 <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/formulary-2022.pdf">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/formulary-2022.pdf</a>	Medicamentos Genéricos	\$5 de copago por receta (al por menor) \$12.5 de copago por receta (pedidos por correo)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el <a href="#">formulario</a> para los niveles de costo compartido. El nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. *Consulte la Cláusula 3(n).
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 de copago por receta (al por menor) \$50 de copago por receta	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro

\* 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 Participante (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
		(pedidos por correo).		(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	\$40 de copago por receta (al por menor) \$100 de copago por receta (pedidos por correo).	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).
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	20% de <u>coseguro</u> (al por menor)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El nivel 4 incluye <u>medicamentos especializados</u> .
<b>Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>coseguro</u> del 10%	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	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	<u>coseguro</u> del 10%	<u>coseguro</u> del 10%	Ninguno
	<a href="#">Traslado médico de emergencia</a>	\$20 de copago por servicio de transporte	\$20 de copago por servicio de transporte	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

\* 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 Participante (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
				área.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si debe permanecer internado</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	<u>coseguro</u> del 10%	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	\$0 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 por visita al consultorio y 10% de <u>coseguro</u> para otros servicios de pacientes ambulatorios	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.
	Servicios para pacientes internados	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$20 de copago por incidente	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> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Copago de \$0	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	<u>coseguro</u> del 10%	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.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</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 Participante (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
<b>necesidades médicas especiales</b>				puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<u>coseguro</u> del 10%	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.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<u>coseguro</u> del 10%	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).
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	\$20 de copago por día 10% de <u>coseguro</u> como paciente internado.	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)
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen oftalmológico para niños	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)
	Anteojos para niños	\$20 de copago por par	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 cobertura	Sin cobertura	Ninguno

#### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

\* 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 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<br>*Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su <a href="#">plan</a> | • Cirugía estética               | • Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Acupuntura  | • Cuidado dental (adultos)       | • Atención de rutina de la vista (adultos)                                       |
| • Cirugía bariátrica  | • Tratamiento de la infertilidad | • Programas para bajar de peso   |
| • Chequeo odontológico para niños   | • Atención a largo plazo         |  |

**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](http://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, 请拨打个号 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.*

## 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 <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ Copago por <a href="#">especialista</a>	\$20
■ Coseguro por hospital (instalaciones)	10%
■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>	10%

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*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$700
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Peg pagaría un total de</b>	<b>\$1000</b>

### Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ Copago por <a href="#">especialista</a>	\$20
■ Coseguro por hospital (instalaciones)	10%
■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>	10%

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*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$80
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Joe pagaría un total de</b>	<b>\$780</b>

### Mia sufrió una fractura simple

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

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ Copago por <a href="#">especialista</a>	\$20
■ Coseguro por hospital (instalaciones)	10%
■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>	10%

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*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$60
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Mia pagaría un total de</b>	<b>\$260</b>

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