



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 <b>deducible</b> total?                                       | Nivel 1: \$4,000/Individual   \$8,000/familiar<br>Nivel 2: \$8,700/Individual   \$17,400/familiar   | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta alcanzar el monto <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <b>plan</b> , cada miembro debe cumplir su propio <b>deducible</b> hasta que el monto total de los gastos <b>deducibles</b> pagados por los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> familiar general.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <b>deducible</b> ? | Sí. <b>Servicios preventivos</b> , Atención primaria, <b>Especialista</b> y Medicamentos genéricos.   | Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <b>deducible</b> . Pero es posible que se aplique un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que usted alcance su <b>deducible</b> . Vea una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .   |
| ¿Existe algún otro <b>deducible</b> para servicios específicos?           | No.   | Usted no tiene que alcanzar <b>deducibles</b> para servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <b>límite de desembolso</b> para este <b>plan</b> ?           | \$8,700/Individual   \$17,400/familiar  | El <b>límite de desembolso</b> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <b>plan</b> , ellos tienen que cumplir sus propios <b>límites de desembolso</b> hasta alcanzar el <b>límite de desembolso</b> total familiar.  |
| ¿Qué no está incluido en el <b>límite de desembolso</b> ?                 | Las <b>primas</b> , los cargos por <b>facturación de saldo</b> y la atención médica que no está cubierta por este <b>plan</b> .   | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <b>límite de desembolso</b> .  |
| ¿Pagará menos si usa un <b>proveedor perteneciente a la red</b> ?         | 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 <b>proveedores de la red</b> . | Usted paga el menor monto si usa un <b>proveedor</b> que pertenece al Nivel 1. Usted paga más si usa un <b>proveedor</b> que pertenece al Nivel 2. Usted pagará más si usa un <b>proveedor no perteneciente a la red</b> , y es posible que reciba una factura del <b>proveedor</b> por la diferencia entre el monto cobrado por el <b>proveedor</b> y el monto que paga su <b>plan</b> ( <b>facturación de saldo</b> ). Tenga presente que es posible que el <b>proveedor perteneciente a la red</b> que usted elija use un <b>proveedor no perteneciente a la red</b> para algunos servicios (por ejemplo para análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su <b>proveedor</b> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <b>referencia</b> para consultar a un <b>especialista</b> ? | No.   | Puede consultar al <b>especialista</b> que usted elija sin necesidad de una <b>referencia</b> .  |

27248TX0010015-01

BR99629



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     | Nivel 1: \$0<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a> .<br>Nivel 2: Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*  |
|   | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                | Nivel 1: \$40<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a> .<br>Nivel 2: Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*  |
|   | <a href="#">Atención preventiva/chequeo/vacunas</a>                     | Sin cargo<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a>   | 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) | Nivel 1: \$20 de copago por visita después del <a href="#">deducible</a><br>Nivel 2: Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*  |
|   | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)                                     | Nivel 1: 30% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> por prueba<br>Nivel 2: Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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<br>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  | \$10 de copago por receta (al por menor)<br>\$25 de copago por receta (pedidos por correo) No se aplica el <a href="#">deducible</a>   | 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  | \$80 de copago por receta después del <a href="#">deducible</a> por receta (al por menor)<br>\$200 de copago por receta después del <a href="#">deducible</a> 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). Es posible que necesite una <a href="#">autorización previa</a> para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el <a href="#">formulario</a> . No obtener una <a href="#">autorización previa</a> para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el |

\* 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) |  |
|   |   |  |   | 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                               | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por receta (al por menor)                                    | 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>                       | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por receta (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) | Nivel 1: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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                                    | Nivel 1: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                  | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                   | Nivel 1: 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cargos después del <u>deducible</u>                 | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*   |
|   | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>                     | Nivel 1: \$40 después del <u>deducible</u> por transporte<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>    | Sin cargos después del <u>deducible</u>                 | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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 fuera del área. |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                              | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                               | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*  |
| <b>Si debe permanecer internado</b>                           | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)        | Nivel 1: 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización</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<br>(Usted paga el mínimo posible)   | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará el mayor monto) |  |
|  |   |  |  | <u>previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | Honorarios del médico/cirujano                              | Nivel 1: Sin cargos después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura  | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles*   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                       | Visitas al consultorio:<br>Nivel 1: \$0 No se aplica el <u>deducible</u> .<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u><br>Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios:<br>Nivel 1: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura  | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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                         | Nivel 1: 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura  | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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                                      | Nivel 1: \$40 después del <u>deducible</u> .<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura  | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* Los <u>costos compartidos</u> no 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.<br>*Consulte la cláusula 3(l)                            |
|  | Servicios del profesional durante la atención del parto     | Nivel 1: Sin cargos después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura  | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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 | Nivel 1: 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: 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 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>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>          | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                  | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Nivel 1: \$20 de copago por visita después del <u>deducible</u><br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener más detalles* 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>            | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                  | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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> | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                  | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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>               | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                  | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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>                | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                  | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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</b>                                     | Examen oftalmológico para niños                      | Nivel 1: \$40 de copago por visita después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | El costo compartido será menor con un proveedor/centro de Nivel 1. Consulte el documento del plan para obtener   |

\* 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) |  |
| vista               |                                 | Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u>                                   |   | más detalles* Un examen ocular de rutina por año.<br>*Consulte la cláusula 3(w)  |
|                     | Anteojos para niños             | Nivel 1: Beneficio no cubierto<br>Nivel 2: Sin cargos después del <u>deducible</u> | Sin cobertura   | Consulte el documento del plan para obtener más detalles*<br>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:

| Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su <u>plan</u> para obtener más información y una lista de los <u>servicios excluidos</u> ).  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto con excepción de servicios limitados<br/>*Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su <u>plan</u></li> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Chequeo odontológico para niños</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía estética</li> <li>Cuidado dental (adultos)</li> <li>Tratamiento de la infertilidad</li> <li>Atención a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>Programas para bajar de peso</li> </ul> |

| Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su <u>plan</u> ). |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)</li> <li>Audífonos (cada oído, cada tres años)</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada (enfermería privada para pacientes hospitalizados)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)</li> </ul> |

**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

\* 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>

[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, kwiiijigo 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 <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$4,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$40    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 50%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 50%     |

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>     | \$4,000        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$80           |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$3,500        |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Peg pagaría un total de</b> | <b>\$7,580</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> | \$4,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$40    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 50%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 50%     |

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>     | \$4,000        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Joe pagaría un total de</b> | <b>\$4,200</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> | \$4,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$40    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 50%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 50%     |

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>     | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$100          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Mia pagaría un total de</b> | <b>\$2,600</b> |

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