



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (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: Se le brindará la información sobre el costo de este **plan** (denominada **prima**) por separado. Este documento es solo un resumen.** Si desea 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-2023/>. 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? | \$7,700/individual \$15,400/familiar | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , cada miembro debe cumplir su propio <u>deducible</u> hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. <u>Servicios preventivos</u> , <u>Atención primaria</u> , <u>Atención de urgencia</u> y <u>Medicamentos genéricos</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existe algún otro deducible para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | \$9,100/individual \$18,200/familiar | El <u>límite de desembolso</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta alcanzar el <u>límite de desembolso</u> total familiar. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ? | Las <u>primas</u> , los <u>cargos por facturación de saldo</u> y la <u>atención médica</u> que no está cubierta por este <u>plan</u> . | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <u>límite de desembolso</u> . |
| ¿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 <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que pertenece a la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor no perteneciente a la red</u> y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el monto cobrado por el <u>proveedor</u> y el monto que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga presente que es posible que el <u>proveedor perteneciente a la red</u> que elija use un <u>proveedor no perteneciente a la red</u> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ? | No. | Puede consultar al <u>especialista</u> que usted elija sin necesidad de una <u>referencia</u> . |



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 pagará el menor monto) | Proveedor No Participante (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 | \$40 de copago por visita. No se aplica el deducible . | Sin cobertura | Ninguno |
| | Visita a un especialista | \$70 de copago por visita después del deducible | Sin cobertura | Ninguno |
| | Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunas | 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 y análisis de sangre) | \$40 de copago por visita después del deducible | Sin cobertura | Ninguno |
| | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM) | 40% de coseguro después del deducible por prueba | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios. 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 obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2022/04/formulary-2023.pdf | Medicamentos genéricos | \$16 de copago por receta (al por menor) \$40 de copago por receta (pedidos por correo). No se aplica el 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 genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. *Consulte la Cláusula 3(n). |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$70 de copago por receta después del deducible /por receta (al por menor) \$175 de copago después del deducible /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 autorización previa para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario . |

* 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/2022/04/eoc-deductible-2023.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) | |
| | | | | 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 | \$120 de <u>copago</u> por receta después del <u>deducible</u> /por receta (al por menor) \$300 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> /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). |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | 45% 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> . |
| Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>coseguro</u> 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 | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> / | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en sala de emergencias</u> | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Ninguno |
| | <u>Traslado médico de emergencia</u> | \$70 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> por transporte | \$70 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> por transporte | Requiere <u>autorización previa</u> para ciertos 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. |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$70 de <u>copago</u> por visita. No se aplica el <u>deducible</u> | 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/2022/04/eoc-deductible-2023.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) | |
| Si debe permanecer internado | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | 40% de <u>coseguro</u> 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 | \$0 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> por visita | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$40 de <u>copago</u> por visitas al consultorio. No se aplica el <u>deducible</u> ni el 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</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 | 40% de <u>coseguro</u> 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 | \$70 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> 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> , <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 | \$0 <u>de copago</u> 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 | 40% de <u>coseguro</u> 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 | <u>Atención médica a domicilio</u> | \$70 <u>de copago</u> después del <u>deducible</u> 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. Se limita a 60 visitas por año. |

* 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/2022/04/eoc-deductible-2023.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|--|---|--|
| | | Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) | |
| | Servicios de rehabilitación | \$70 de copago después del deducible por visita | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Servicios de habilitación | \$70 de copago después del deducible por visita | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Atención de enfermería especializada | 40% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año. |
| | Equipo médico duradero | 30% de coseguro después del deducible | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan . *Consulte la Cláusula 3(e). |
| | Servicios de hospicio | \$70 de copago después del deducible por día 40% de coseguro después del deducible como paciente internado. | Sin cobertura | Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del plan . *Consulte la cláusula 3(j) |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen oftalmológico para niños | \$70 de copago después del deducible por visita | Sin cobertura | Un examen oftalmológico de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w) |
| | Anteojos para niños | \$70 de copago después del deducible por par | Sin cobertura | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan. *Consulte la Cláusula 3(w) |
| | Chequeo odontológico para niños | 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/2022/04/eoc-deductible-2023.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). | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto, con excepción de servicios limitados *Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su plan• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Chequeo odontológico para niños | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Cuidado dental (adultos)• Tratamiento de la infertilidad• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos• Atención de rutina de la vista (adultos)• Programas para bajar de peso |

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

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](#), [apelación](#) o [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](#) suele incluir [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras coberturas determinadas. 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.

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 [coseguros](#)) 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 | \$7,700 |
| ■ Copago por especialista | \$70 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro costo compartido | 40% |

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: | |
| <i>Costos Compartidos</i> | |
| Deducibles | \$7,700 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1400 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| Peg pagaría un total de | \$9,100 |

Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$7,700 |
| ■ Copago por especialista | \$70 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro costo compartido | 40% |

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: | |
| <i>Costos Compartidos</i> | |
| Deducibles | \$4300 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| Joe pagaría un total de | \$4,820 |

Mia sufrió una fractura simple

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$7,700 |
| ■ Copago por especialista | \$70 |
| ■ Coseguro por hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro costo compartido | 40% |

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: | |
| <i>Costos Compartidos</i> | |
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$2,810 |

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