



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](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#). Puede acceder al Glosario desde www.ccio.cms.gov o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el deductible 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 plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deductible ?	Sí.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deductible . Sin embargo, 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 deductible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existe algún otro deductible para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deductibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	\$2,900/ individual / \$5,800/ 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 1-855-3155386 para solicitar una lista de proveedores pertenecientes a la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece 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 [deductible](#), en el caso de que se aplique un [deductible](#).

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 <u>proveedor</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$25 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
	<u>Cuidado preventivo/pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	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 <u>plan</u> .
Si le realizan una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía y análisis de sangre)	\$25 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	<u>Coseguro del 40%</u>	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 <u>cobertura de medicamentos con receta</u> , visite https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2022/04/formulary-2023.pdf	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago</u> por receta (al por menor) \$25 de <u>copago</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). Consulte el <u>formulario</u> 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	\$50 de <u>copago</u> por receta (al por menor) \$125 de <u>copago</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). 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.

* 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 se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria				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	\$85 de <u>copago</u> por receta /por recetas (al por menor). \$212.5 de <u>copago</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>	30% 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> .
Si necesita atención médica inmediata	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 40%	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 40%	Sin cobertura	Ninguno
Si debe permanecer internado	<u>Atención en sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por servicio de transporte	\$50 de <u>copago</u> por servicio de transporte	Requiere <u>autorización previa</u> para servicios, como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, transferencias de instalación a instalación, transferencias fuera de la red y fuera del área.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 40%	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de <u>copago</u> por visita	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 necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 de <u>copago</u> por visita al consultorio y 40% 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 40%	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	\$50 de <u>copago</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> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(I)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	\$0 de <u>copago</u>	Sin cobertura	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). 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 del establecimiento durante la atención del parto	<u>Coseguro</u> del 40%	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	\$50 de <u>copago</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.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 de <u>copago</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.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$50 de <u>copago</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.

* 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)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 40%	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.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	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 plan. *Consulte la Cláusula 3(e).
	<u>Servicios de hospicio</u>	\$50 de <u>copago</u> por día 40% 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)
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	\$50 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Un examen oftalmológico de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)
	Anteojos para niños	\$50 de <u>copago</u> por par	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. 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 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
*Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su plan
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Chequeo odontológico para niños
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- 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).

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

*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>

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, kwijjigo 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 deductible total del plan	\$0
Copago por especialista	\$50
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:

Costos Compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$2,400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Peg pagaría un total de	\$2,900

Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

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

El deductible total del plan	\$0
Copago por especialista	\$50
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:

Costos Compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Joe pagaría un total de	\$1000

Mia sufrió una fractura simple

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

El deductible total del plan	\$0
Copago por especialista	\$50
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:

Costos Compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría un total de	\$800

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