



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 <u>deducible</u> total?	\$0.	Consulte a continuación el cuadro Eventos médicos frecuentes para conocer los costos que le corresponden a usted por los servicios cubiertos por este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí.	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> .
¿Existe algún otro <u>deducible</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	No corresponde.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de desembolso</u> en sus gastos.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ?	No corresponde.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de desembolso</u> en sus gastos.
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor perteneciente a la red</u> ?	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 pertenezca a la red del <u>plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor no perteneciente a la red</u> 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 (<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 <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que usted elija sin necesidad de una <u>referencia</u> .

27248TX0010011-02



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	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un especialista	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunas	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 plan .
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía y análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	Sin cargo	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	Sin cargo	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	Sin cargo	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 . No obtener una autorización previa 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.

* 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)	
				El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El Nivel 3 incluye productos del <u>formulario</u> no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos).
	Medicamentos especializados	Sin cargo	Sin 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)	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	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.
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	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)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	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. *Consulte la Cláusula 3(l)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios del establecimiento durante la atención del parto	Sin cargo	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(e).
	Servicios de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(j)
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Un examen oftalmológico de rutina por año. *Consulte la Cláusula 3(w)

* 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)	
	Anteojos para niños	Sin cargo	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

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](#).

* 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 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](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) por hospital (instalaciones) 0%
- Otros [costos compartidos](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0

Peg pagaría un total de	\$0
--------------------------------	------------

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](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) por hospital (instalaciones) 0%
- Otros [costos compartidos](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0

Joe pagaría un total de	\$0
--------------------------------	------------

Mia sufrió una fractura simple
(visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) por hospital (instalaciones) 0%
- Otros [costos compartidos](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0

Mia pagaría un total de	\$0
--------------------------------	------------

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