



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? | \$0. | 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 deducible ? | Sí. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . |
| ¿Existe algún otro deducible para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿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 proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenezca 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 [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 autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Ninguno |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cobertura | |
| 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 autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa 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 autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa 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 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 | Sin cargo | 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 <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](#)).

- 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)

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? Si

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, 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 [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.