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: La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se le brindará 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-2025/. 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?	$4,250 por persona;$8,500 por familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este plan, cada miembro debe cumplir su propio deducible hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. Se cubren los servicios de atención preventiva, atención de urgencia, salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos.	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. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos en https//www.healthcare.gov/preventive-care-benefits.
¿Existe algún otro deducible para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico para que este plan comience a pagar por los servicios en cuestión.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan?	$8,500 por persona;$17,000 por familia	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 con sus propios límites de desembolso hasta alcanzar el límite de desembolso familiar general.
¿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 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan. Usted 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 su proveedor perteneciente a la red use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio) Consulte 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 del **copago** 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 de la red (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (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	$30 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un especialista	$80 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/chequeo/ 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, análisis de sangre)	$30 de copago	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	40% de coseguro	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios.
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/2024/06/formulary-select-ultra-select-2025.pdf	Medicamentos genéricos	$10 de copago por receta (al por menor);$25 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.
	Medicamentos de marca preferidos	$40 de copago por receta (al por menor);$100 de copago 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. No obtener una autorización previa para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/eoc-deductible-ultra-select-2025.pdf

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la red (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (Usted pagará el mayor monto)	
				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	$100 de copago por receta (al por menor);$250 de copago 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 formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos).
	Medicamentos especializados	50% de coseguro por receta (al por menor)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El Nivel 4 incluye medicamentos especializados.
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de coseguro	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de coseguro	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	40% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Traslado médico de emergencia	$80 de copago por servicio de transporte	$80 de copago por servicio de transporte	Requiere autorización previa para ciertos 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.
	Atención de urgencia	$80 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguno
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	40% de coseguro	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/eoc-deductible-ultra-select-2025.pdf

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la red (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (Usted pagará el mayor monto)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$30 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible. 40% de coseguro para otros servicios de pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio.
	Servicios para pacientes internados	40% de coseguro	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$80 de copago por incidente	Sin cobertura	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Es posible que se aplique un copago, coseguro o deducible según el tipo de servicio.
	Servicios del profesional durante la atención del parto	40% de coseguro	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. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio.
	Servicios de la instalación durante la atención del parto	40% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	$80 de copago	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	$65 de copago	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Servicios de habilitación	$80 de copago	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/eoc-deductible-ultra-select-2025.pdf

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la red (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (Usted pagará el mayor monto)	
				autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	40% de coseguro	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	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.
	Servicios de hospicio	$80 de copago por día 40% de coseguro 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.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	$80 de copago	Sin cobertura	Un examen oftalmológico de rutina por año.
	Anteojos para niños	$80 de copago	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan.
	Chequeo odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan 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
- 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 (paciente internado)
- Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/eoc-deductible-ultra-select-2025.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 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, y 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 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.

Asistencia con el idioma:
En Community Health Choice, nos comprometemos a prestar servicios de atención médica accesibles y de alta calidad a una población diversa. En Community Health Choice, ofrecemos materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y efectiva con todos los miembros, independientemente de su idioma principal. En Community Health Choice, capacitamos al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones. En Community Health Choice, les notificamos de manera verbal y por escrito a los consumidores con conocimientos limitados de inglés (LEP) en su idioma preferido sobre su derecho a recibir servicios de asistencia lingüística y cómo obtenerlos.

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, kwiijigo 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 la póliza o el documento del plan en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/eoc-deductible-ultra-select-2025.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 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** **$4,250**
- **Especialista *[costo compartido]*** **$80**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **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 de la instalación durante la atención del parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita del especialista *(anestesia)*

Ejemplo de Costo Total	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos Compartidos	
Deducibles	$4,250
Copagos	$30
Coseguro	$2,800
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Peg pagaría un total de	**$7,080**

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** **$4,250**
- **Especialista *[costo compartido]*** **$80**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **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	
Deducibles	$4,100
Copagos	$500
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Joe pagaría un total de	**$4,600**

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

- **El deducible total del plan** **$4,250**
- **Especialista *[costo compartido]*** **80**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **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	
Deducibles	$2,500
Copagos	$200
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Mia pagaría un total de	**$2,700**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.