



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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?                                                | \$500 por persona; \$1,000 por familia                                                                                                                                                                                   | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible familiar general</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?          | Sí. <a href="#">Se cubren los servicios de atención preventiva, atención de urgencia</a> , salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos.                                          | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits">https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits</a> .                                                                                                                                                                    |
| ¿Existe algún otro <a href="#">deducible</a> para servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                                                      | Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico para que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por los servicios en cuestión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuáles es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?         | \$3,000 por persona; \$6,000 por familia                                                                                                                                                                                 | El <a href="#">límite de desembolso</a> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?                          | <a href="#">Las primas</a> , <a href="#">los cargos por facturación de saldo</a> y la atención médica que no está cubierta por este <a href="#">plan</a> .                                                               | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de desembolso</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> ?                  | Sí. Visite <a href="https://providersearch.communityhealthchoice.org">https://providersearch.communityhealthchoice.org</a> o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenezca a la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga <a href="#">su plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga presente que es posible que su <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> use un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio) Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                                                                      | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



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<br>(Usted paga el mínimo posible)                                                                                                                 | Proveedor no perteneciente a la red<br>(Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad        | \$20 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                            | Sin cobertura                                                        | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                   | \$40 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                            | Sin cobertura                                                        | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <a href="#">Atención preventiva/chequeo/</a><br>vacunas                    | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                  | 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 <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                              |
| Si le realizan una prueba                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a><br>(radiografía, análisis de sangre) | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                        | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)                                        | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección<br>Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/formulary-select-ultra-select-2025.pdf">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/formulary-select-ultra-select-2025.pdf</a> | Medicamentos genéricos                                                     | \$10 de <a href="#">copago</a> por receta (al por menor); \$25 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo); no se aplica el <a href="#">deducible</a>   | 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                                           | \$20 de <a href="#">copago</a> /por receta (al por menor); \$50 de <a href="#">copago</a> /por receta (pedidos por correo); no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 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 <a href="#">autorización previa</a> para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario. No obtener una <a href="#">autorización previa</a> 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<br>(Usted paga el mínimo posible)                                                                     | Proveedor no perteneciente a la red<br>(Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                               |                                                                   |                                                                                                                           |                                                                      | disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el <a href="#">copago</a> 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                               | \$60 de <a href="#">copago</a> por receta (al por menor); \$150 de <a href="#">copago</a> 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).                                                 |
|                                                               | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                       | \$250 de <a href="#">copago</a> por receta (al por menor)                                                                 | Sin cobertura                                                        | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El Nivel 4 incluye <a href="#">medicamentos especializados</a> .                                                                                                                                                      |
| <b>Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria</b> | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                           | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.                                                                                            |
|                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                    | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                           | Sin cobertura                                                        | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                  | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                   | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                           | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                               | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>                     | \$40 <a href="#">de copago</a> por servicio de transporte                                                                 | \$40 <a href="#">de copago</a> por servicio de transporte            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> 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.                              |
|                                                               | <a href="#">Atención de urgencia</a>                              | \$30 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                      | Sin cobertura                                                        | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si debe permanecer internado</b>                           | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)        | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                           | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> 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<br>(Usted paga el mínimo posible)                                                                                                                                | Proveedor no perteneciente a la red<br>(Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                     | \$20 <a href="#">de copago</a> por visita al consultorio; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . 30% <a href="#">de coseguro</a> para otros servicios de pacientes ambulatorios | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio.                                                                                                                                 |
|                                                                                                  | Servicios para pacientes internados                       | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                        | Visitas al consultorio                                    | \$40 <a href="#">de copago</a> por incidente                                                                                                                                         | Sin cobertura                                                        | Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> según el tipo de servicio.                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                  | Servicios del profesional durante la atención del parto   | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                                        | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio. |
|                                                                                                  | Servicios de la instalación durante la atención del parto | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>           | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>               | \$40 <a href="#">de copago</a>                                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>               | \$20 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el deducible                                                                                                                 | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                 | \$20 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el deducible                                                                                                                 | Sin cobertura                                                        | Requiere <a href="#">autorización previa</a> 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) |                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                   |                                                      |                                                                                                   |                                                                   | <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.                                                                                                                                               |
|                                                   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                                   | Sin cobertura                                                     | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.                          |
|                                                   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | 15% <a href="#">de coseguro</a>                                                                   | Sin cobertura                                                     | Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> . |
|                                                   | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | \$40 <a href="#">de copago</a> por día<br>30% <a href="#">de coseguro</a> como paciente internado | Sin cobertura                                                     | Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> .                                                                   |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen oftalmológico para niños                      | \$40 <a href="#">de copago</a>                                                                    | Sin cobertura                                                     | Un examen oftalmológico de rutina por año.                                                                                                                                                                                       |
|                                                   | Anteojos para niños                                  | \$40 <a href="#">de copago</a>                                                                    | Sin cobertura                                                     | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> .                                                                               |
|                                                   | Chequeo odontológico para niños                      | Sin cobertura                                                                                     | Sin cobertura                                                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                          |

#### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

| Servicios que su <a href="#">Plan</a> NO cubre (consulte su póliza o el documento de su <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de los <a href="#">servicios excluidos</a> .) |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto, con excepción de servicios limitados</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Chequeo odontológico para niños</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul> |
| Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el <a href="#">documento</a> de su plan).                                    |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)</li> <li>• Audífonos (cada oído, cada tres años)</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada (paciente internado)</li> </ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)</li> </ul>                                                                                                     |

\* 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](http://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): Dinekehgo shika a'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.*

\* 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 <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>       | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$40  |
| ■ Hospital (centro) [ <a href="#">costo compartido</a> ]            | 30%   |
| ■ Otro [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 30%   |

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*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b>        | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costos Compartidos</i>            |                 |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$500           |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$90            |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$2,400         |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                 |
| Límites o exclusiones                | \$0             |
| <b>Peg pagaría un total de</b>       | <b>\$2,990</b>  |

### Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

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

|                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>       | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$40  |
| ■ Hospital (centro) [ <a href="#">costo compartido</a> ]            | 30%   |
| ■ Otro [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 30%   |

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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b>        | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costos Compartidos</i>            |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$100          |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$700          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$100          |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>Joe pagaría un total de</b>       | <b>\$900</b>   |

### Mia sufrió una fractura simple

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

|                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>       | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$40  |
| ■ Hospital (centro) [ <a href="#">costo compartido</a> ]            | 30%   |
| ■ Otro [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 30%   |

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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b>        | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costos Compartidos</i>            |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$500          |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$200          |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>Mia pagaría un total de</b>       | <b>\$1,000</b> |

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