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 compartirán 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 general?	$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 de la red?	Sí. Visite https://providersearch.communityhealth choice.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 de 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 nuestro proveedor de la red use un proveedor fuera de 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.

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza 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 Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No IHCP (Usted pagará el monto mayor)	
Si visita el consultorio o la clínica del proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Visita a un especialista	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cargo	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)	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	Sin cargo	Sin cargo	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 Puede obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos con receta** en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/06/formulary-select-ultra-select-2025.pdf	Medicamentos genéricos	Sin cargo	Sin cargo	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.

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza 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 Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No IHCP (Usted pagará el monto mayor)	
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	Sin cargo	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. El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). El Nivel 4 incluye medicamentos
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cargo	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 cargo	Ninguno

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza 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 Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No IHCP (Usted pagará el monto mayor)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Requiere autorización previa para ciertos servicios, como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, traslados de instalación a instalación, fuera de la red y fuera del área.
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cargo	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 cargo	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza 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 Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible)	Proveedor No IHCP (Usted pagará el monto mayor)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Sin cargo	Sin cargo	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 cargo	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cargo	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	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 cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	Un examen oftalmológico de rutina por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	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 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
- 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

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

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)

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 por la reclamación. médica en cuestión. En los documentos de su plan también encontrará información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja ante su plan por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

¿Este plan le brinda Cobertura Esencial Mínima? Sí.
La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas 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, estamos comprometidos a brindar servicios de atención médica accesibles y de alta calidad a una población diversa. Ofrecemos materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y eficaz con todos los miembros, más allá de su idioma principal. 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. Proporcionamos un aviso oral y por escrito a los consumidores con dominio limitado del inglés (LEP) en su idioma de preferencia informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia con el idioma 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 el plan o el documento de la póliza 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

Peg está por tener un bebé
(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago por especialista** **$0**
- **Coseguro por hospital (instalación)** **0%**
- **Otros coseguros** **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 de la instalación durante la atención del parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita de especialista *(anestesia)*

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

Control de diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro la red, afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago por especialista** **$0**
- **Coseguro por hospital (instalación)** **0%**
- **Otros coseguros** **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 con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Ejemplo de Costo Total	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos Compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
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 general del plan** **$0**
- **Copago por especialista** **$0**
- **Coseguro por hospital (instalación)** **0%**
- **Otros coseguros** **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:	
Costos Compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
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.

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