



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 es Importante Saberlo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?                                          | \$500 / individual; \$1,000 / familiar                                                                                                                                                                                                                    | 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 el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe alcanzar su <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de los <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia llegue al <a href="#">deducible</a> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?    | Sí. Se cubren los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , <a href="#">atención de urgencia</a> , salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . | 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 determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?     | \$2,500 / individual; \$5,000 / familiar                                                                                                                                                                                                                  | 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 <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> ?                    | Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">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 de 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> utiliza 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 su <a href="#">plan (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 ver 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 de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Servicios que Puede Necesitar                                              | Cuánto Pagará                                                                                                                                                           |                                                               | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            | Proveedor de la Red<br>(Usted paga el mínimo posible)                                                                                                                   | Proveedor de Fuera de la Red<br>(Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad        | \$25 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                              | Sin cobertura                                                 | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                   | \$50 de <a href="#">copago</a>                                                                                                                                          | Sin cobertura                                                 | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/chequeo/</a> 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> .                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si le realizan una prueba</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a><br>(radiografía, análisis de sangre) | \$25 de <a href="#">copago</a>                                                                                                                                          | Sin cobertura                                                 | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Imágenes (CT, PET, MRI)                                                    | 40% de <a href="#">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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección</b><br>Para más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/formulary-premier-2025.pdf">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/formulary-premier-2025.pdf</a> | Medicamentos genéricos                                                     | \$5 de <a href="#">copago</a> /por receta (al por menor); \$12.50 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). 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                                           | \$70 de <a href="#">copago</a> /por receta (al por menor); \$175 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). 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 disponible, y usted elige comprar el |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-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 de Fuera de la Red<br>(Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                               |                                                                   |                                                                                                                                 |                                                               | 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                               | \$100 de <a href="#">copago</a> /por receta (al por menor);<br>\$250 <a href="#">de 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>                       | 40% de <a href="#">coseguro</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% de <a href="#">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% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                 | Sin cobertura                                                 | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                  | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                   | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                 | 40% de <a href="#">coseguro</a>                               | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                               | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>                     | \$50 de <a href="#">copago</a> /por servicio de transporte                                                                      | \$50 de <a href="#">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>                              | \$50 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)        | 40% de <a href="#">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 el documento del [plan](#) o la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-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 de Fuera de 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                     | \$25 de <a href="#">copago</a> /por visita al consultorio; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . 40% de <a href="#">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                       | 40% de <a href="#">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                                    | \$50 de <a href="#">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   | 40% de <a href="#">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 | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>           | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>               | \$50 de <a href="#">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>               | \$50 de <a href="#">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.                                                                                                                                                                                                                                           |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-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 de Fuera de la Red (Usted pagará el mayor monto) |                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | \$50 de <a href="#">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.                                                      |
|                                                   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 40% de <a href="#">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% de <a href="#">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 cuidados paliativos</a>     | \$50 de <a href="#">copago</a> /por día<br>40% de <a href="#">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                      | \$50 de <a href="#">copago</a>                                                                     | Sin cobertura                                              | Un examen oftalmológico de rutina por año.                                                                                                                                                                                       |
|                                                   | Anteojos para niños                                  | \$50 de <a href="#">copago</a>                                                                     | Sin cobertura                                              | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños de 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 [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 documento del [plan](#) o la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

**Otros Servicios Cubiertos (Es posible que se apliquen 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 en relación con la Extensión de su 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 en Relación con la Presentación de Quejas y Apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estas reclamaciones 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](#), una [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](#), [seguro médico](#) disponible a través del [mercado de seguros médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

**¿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 puede acceder a un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

**Asistencia Lingüística:**

Community Health Choice se compromete a proporcionar servicios médicos accesibles, de alta calidad, a una población diversa. Community Health Choice ofrece materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y efectiva con todos los miembros, independientemente de su idioma primario. Community Health Choice capacita al personal para prestar atención a las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones. Community Health Choice proporciona un aviso verbal y escrito a los consumidores con un dominio limitado del idioma inglés (LEP) en su idioma preferido para informarles sobre su derecho a recibir servicios de accesibilidad lingüística y cómo recibirlos.

**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 at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386.

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-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="#">costos compartidos</a> ] | \$50  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costos compartidos</a> ]   | 40%   |
| ■ Otros [ <a href="#">costos compartidos</a> ]                        | 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 de [especialista](#) (anestesia)

|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total para el ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|------------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$500          |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$1,600        |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Peg pagaría un total de</b> | <b>\$2,500</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="#">costos compartidos</a> ] | \$50  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costos compartidos</a> ]   | 40%   |
| ■ Otros [ <a href="#">costos compartidos</a> ]                        | 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)

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total para el ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|------------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$500          |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$800          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$90           |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Joe pagaría un total de</b> | <b>\$1,390</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="#">costos compartidos</a> ] | \$50  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costos compartidos</a> ]   | 40%   |
| ■ Otros [ <a href="#">costos compartidos</a> ]                        | 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)

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total para el ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|------------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$500          |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$200          |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Mia pagaría un total de</b> | <b>\$1,300</b> |

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