



### Declaración de divulgación del plan de elección del consumidor

**Este plan de salud no incluye el mismo nivel de beneficios que los exigidos por otros planes.**

Este plan HMO es un plan de elección del consumidor. Este plan no incluye el mismo nivel de beneficios que se encuentran en los planes de salud de Texas conocidos como planes exigidos por el estado. Este plan incluye todos los beneficios de salud requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

**Para ver todos los beneficios que ofrece este plan, consulte el "Resumen de beneficios y cobertura" del plan.**

| Beneficios/cobertura:                                                                                                    | Este plan:                                                                                                                                   | Un plan de salud con los beneficios requeridos (plan exigido por el estado):                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible</b><br>El monto que paga por la atención antes de que el plan comience a compartir el costo.                | Tiene un deducible.                                                                                                                          | No tiene deducibles para la atención dentro de la red.                                                                                                                             |
| <b>Costos de desembolso</b><br>El monto que paga cuando recibe atención, hasta un límite anual.                          | Incluye los costos de desembolso que cumplen con los requisitos federales, pero a veces pueden ser más que en un plan exigido por el estado. | Un copago debe ser inferior al 50 % del costo total del servicio. Si se avisa al plan, los costos anuales de desembolso deben tener un tope del 200 % del costo de la prima anual. |
| <b>Atención de habilitación y rehabilitación</b><br>Atención que le ayuda a mejorar sus habilidades para la vida diaria. | Incluye un límite de 35 visitas combinadas por año para atención de quiropraxia.                                                             | No hay un límite para la atención si es necesaria por razones médicas.                                                                                                             |
| <b>Servicios de salud a domicilio</b>                                                                                    | Tiene un límite de 60 visitas por año.                                                                                                       | No hay un límite para la atención indicada por su doctor.                                                                                                                          |
| <b>Centro Especializado de Enfermería</b>                                                                                | Tiene un límite de 25 visitas por año.                                                                                                       | No hay un límite para la atención indicada por su médico.                                                                                                                          |

**Si desea un plan con todos los beneficios requeridos:**

También ofrecemos un plan exigido por el estado que incluye todos los beneficios requeridos. Este plan no se encuentra en Healthcare.gov y no le permite obtener ayuda con las primas o los costos de desembolso.

Para obtener más información sobre este plan, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org>.

**Cuando firma su solicitud para inscribirse en este plan, reconoce lo siguiente:**

- Entiendo que el plan de elección del consumidor que estoy solicitando no brinda el mismo nivel de cobertura que otros planes de salud de Texas (planes exigidos por el estado).
- Entiendo que, si mi salud cambia y este plan no cubre mis necesidades, en la mayoría de los casos no podré obtener un nuevo plan hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Entiendo que puedo obtener más información sobre los planes a elección del consumidor en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas, [www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html](http://www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html) o llamando al número de atención al cliente al 1-800-252-3439.

**No firme este documento si no lo comprende.**

**Escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la empresa, si corresponde:** \_\_\_\_\_

**Si así lo solicita, Community Health Choice debe darle una copia de esta declaración.**