El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-282-3025 o visítenos en el sitio web https://www.christushealthplan.org/member-resources/forms-documents/individual-and-family-plans/. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en http://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-844-282-3025 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0 con un Proveedor de atención médica indígena (IHCP) o con derivación de un IHCP a un proveedor no IHCP; $1,600/por persona o $3,200/por familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que el plan empiece a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su deducible.	Este plan cubre productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del deducible. Sin embargo, un copago o coseguro puede aplicar. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Medicamentos recetados: $0. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$9,100/por persona o $18,200/por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podria pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya cumplido el límite de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos facturados sobre saldos y atención médica que no cubre este plan.	Aunque pague estos gastos, no contarán hacia el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/find-a-provider o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cobro del proveedor y lo que paga su plan (cargos facturados sobre saldos). Tenga en cuenta que su red de proveedores puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Consulte a su proveedor antes de obtener estos servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted escoja sin una derivación.

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargos	$10 de copago/por visita; no aplica deducible.	No está cubierto	Sin costo compartido para las dos primeras visitas con el médico de atención primaria. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargos	$35 de copago/por visita; no aplica deducible.	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargos	Radiografías: $20 de copago/por visita y no aplica deducible. 30% de coseguro para exámenes de laboratorio.	No está cubierto	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargos	$200 de copago/por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/TXHIXFormulary2023.pdf**	Medicamentos genéricos	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	El costo compartido para un suministro de 90 días por medio del pedido por correo es el triple del costo compartido para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al deducible, y no tienen copago. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con v de un IHCP.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargos	$4 de copago/por receta. No aplica deducible.	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargos	$35 de copago/por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargos	$75 de copago/por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Sin cargos	45% de coseguro; No aplica deducible.	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargos	$950 de copago/por visita	$950 de copago/por visita	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargos	30% de coseguro	30% de coseguro	
	Atención de urgencia	Sin cargos	$35 de copago/por visita; no aplica deducible.	No está cubierto	
Si necesita	Tarifa del centro (p.	Sin cargos	$950 de copago/por	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
hospitalización	ej., habitación del hospital)		estadía		autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargos	Sin cargos	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargos	Visita al consultorio: $20 de copago/por visita; no aplica deducible. Centro ambulatorio: 30% de coseguro	No está cubierto	Las visitas al consultorio están sujetas al costo compartido enlistado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al coseguro del centro ambulatorio. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargos	$950 de copago/por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargos	$35 de copago/por visita; no aplica deducible.	No está cubierto	El costo compartido no aplica a los servicios preventivos. El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido). Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargos	Sin cargos	No está cubierto	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargos	$950 de copago/por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa para atender a pacientes internadas, excepto por: (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes internadas después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para pacientes internadas después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 60 visitas/por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargos	$30 de copago/por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 35 visitas/por año calendario, combinado con atención quiropráctica.
	Servicios de habilitación	Sin cargos	$30 de copago/por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 25 visitas/por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa para algunos artículos de equipo médico duradero. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargos	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Control dental para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Ninguna.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre. (Revise su póliza o documento del plan para obtener más información y la lista de cualquier otro servicio excluido).

- Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos
- Enfermería privada (Excepto cuando es médicamente necesario o autorizado por el PCP)
- Atención de la vista de rutina (Adultos)
- Atención del pie de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos. (Es posible que apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica (35 visitas por año, combinado con servicios de rehabilitación)
- Atención dental (Adulto: se aplican límites de artículos y visitas. $1,000 como máximo de beneficios anuales)
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a $2,000 de beneficio máximo por dispositivo)
- Atención ocular de rutina (Adulto – 1 artículo y 1 visita por año. Hasta $130 por persona para anteojos o lentes de contacto).

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; El Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa; Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263 o https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 o http://www.tdi.texas.gov/index.html.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan con el Estándar de valor mínimo? No aplica.
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-844-282-3025 (TTY1-800-735-2989)。
Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)번으로 전화해 주십시오.
Arabic: **ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر، اللغة فإن المساعدة خدمات اللغوية تتوافر لك بالمجان. برقم اتصل** 1-844-282-3025 (**والبكم الصم هاتف رقم**: 1-800-735-2989).
Urdu: **خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں**1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Tagalog : PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne '1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-282-3025 (ATS : 1-800-735-2989).
Persian: **هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر. پاسخ** 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-282-3025 (телетайп: 1-800-735-2989).
Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-282-3025（TTY: 1-800-735-2989）まで、お電話にてご連絡ください。
Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).
Hindi: हंद: **सावधानी: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आप मुफ्त भाषा सहायता सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं। 1-844-282-3025 पर कॉल करें (टीटीवी: 1-800-735-2989)**
Gujarati: જરાત: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમે મફત ભાષા સહાય સેવાઓમાંથી લાભ મેળવી શકો છો. 1-844-282-3025 પર કોલ કરો (TTY: 1-800-735-2989)

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede cubrir este plan la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Nota: Estos números se hacen asumiendo que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o con la derivación a uno no IHCP. Si usted recibió atención de un proveedor no IHCP sin una derivación de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.