



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 el monto permitido, cargos facturados sobre saldos, 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 <u>deducible</u> total?                                       | \$1,700/por persona o<br>\$3,400/por familia                                                                                                                                                                            | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> empiece a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> total de la familia.                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?            | Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <u>deducible</u> .                                                                      | Este <u>plan</u> cubre productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> puede aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                          |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | Sí. <u>Medicamentos recetados</u> : \$0 No hay otros <u>deducibles específicos</u> .                                                                                                                                    | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?   | \$9,100/por persona o<br>\$18,200/por familia                                                                                                                                                                           | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir con su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , <u>cargos facturados sobre saldos</u> y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .                                                                                                                 | Aunque pague estos gastos, no contarán hacia el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?                    | Sí. Consulte <a href="https://www.christushealthplan.org/find-a-provider">https://www.christushealthplan.org/find-a-provider</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cobro del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>cargos facturados sobre saldos</u> ). Tenga en cuenta que su <u>red de proveedores</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener estos servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                                                     | Puede consultar al <u>especialista</u> que usted escoja sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                     | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>                                                                                                                                                                         | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                | \$10 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                            | No está cubierto                                      | Sin <a href="#">costo compartido</a> para las dos primeras visitas con el <a href="#">médico de atención primaria</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | \$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                            | No está cubierto                                      | Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                      | Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                                                            | No está cubierto                                      | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   | Radiografías: \$20 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .<br>Pruebas de laboratorio: 30% de <a href="#">coseguro</a> | No está cubierto                                      | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$200 de <a href="#">copago</a> /por visita                                                                                                                | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="https://chppayment.chr">https://chppayment.chr</a> | Medicamentos genéricos                                                                                                       | Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                                                            | No está cubierto                                      | El <a href="#">costo compartido</a> para un suministro de 90 días por medio del pedido por correo es el triple del <a href="#">costo compartido</a> para un suministro estándar de 30 días. El <a href="#">costo compartido</a> para medicamentos de <a href="#">especialidad está limitado</a> a \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al <a href="#">deducible</a> , y no tienen <a href="#">copago</a> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos genéricos no preferidos                                                                                         | \$4 de <a href="#">copago</a> /por receta; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                             | No está cubierto                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos                                                                                             | \$35 de <a href="#">copago</a> /por receta; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                            | No está cubierto                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                          | \$75 de <a href="#">copago</a> /por receta; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                            | No está cubierto                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                 | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                                                                                                                           |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                            |                                                           | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                        | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                         |
| <a href="https://www.christushealth.org/documents/hix/formulary/LAHIXFormulary2023.pdf">istushealth.org/documents/hix/formulary/LAHIXFormulary2023.pdf</a> | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | 45% de <a href="#">coseguro</a> ; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                                         | No está cubierto                                      |                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                                                                                                        | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                  |
|                                                                                                                                                            | Tarifa del médico/cirujano                                | 30% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata                                                                                                                      | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | \$950 de <a href="#">copago</a> /por visita                                                                                                                   | \$950 de <a href="#">copago</a> /por visita           | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                            | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 30% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                               | 30% de <a href="#">coseguro</a>                       |                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                            | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                               | No está cubierto                                      |                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si necesita hospitalización                                                                                                                                | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | \$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía                                                                                                                  | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                  |
|                                                                                                                                                            | Tarifa del médico/cirujano                                | Sin cargos                                                                                                                                                    | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                  |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias                                                                           | Servicios para pacientes ambulatorios                     | Visita al consultorio: \$20 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a><br>Centro ambulatorio: 30% de <a href="#">coseguro</a> | No está cubierto                                      | Las visitas al consultorio están sujetas al <a href="#">costo compartido</a> enlistado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al <a href="#">coseguro</a> del centro ambulatorio.                        |
|                                                                                                                                                            | Servicios para pacientes hospitalizados                   | \$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía                                                                                                                  | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                  |
| Si está embarazada                                                                                                                                         | Visitas al consultorio                                    | \$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>                                                                               | No está cubierto                                      | El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido). |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                    |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                 | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto           | Sin cargos                                             | No está cubierto                                      | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto           | \$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía           | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> 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 <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados. |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 30% de <a href="#">coseguro</a>                        | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | \$30 de <a href="#">copago</a> /por visita             | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | \$30 de <a href="#">copago</a> /por visita             | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 30% de <a href="#">coseguro</a>                        | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 30% de <a href="#">coseguro</a>                        | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para algunos artículos de <a href="#">equipo médico duradero</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 30% de <a href="#">coseguro</a>                        | No está cubierto                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a>        | No está cubierto                                      | Limitado a un examen por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                             | Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a>        | No está cubierto                                      | Limitado a un par de anteojos por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | Control dental para niños                                       | Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a>        | No está cubierto                                      | Limitado a una visita por 6 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |                                                                                               |                                                                                                             |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| • Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención dental básica y mayor (Niños, excepto chequeo dental con <a href="#">proveedores de la red</a> ) | • Ortodoncia                                                           |
| • Acupuntura                                                                                  | • Tratamiento de la infertilidad                                                                            | • Atención del pie de rutina para miembros diabéticos                  |
| • Cirugía bariátrica                                                                          | • Atención a largo plazo                                                                                    | • Tratamiento para los trastornos de la articulación temporomandibular |
| • Cirugía cosmética                                                                           | • Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos                                 | • Programas para perder peso                                           |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- |                                                                                                                 |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Atención quiropráctica                                                                                        | • Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo) | • Enfermería privada                                                                                                                  |
| • Atención dental (adultos - Aplican límites en visitas y artículos por año. Beneficio anual máximo de \$1,000) |                                                                                                                                     | • Cuidado de la vista de rutina (Adultos – 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>; el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor P.O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300. 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](http://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: CHRISTUS Health Plan Customer Service al 1-844-282-3025; la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo at 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor, P. O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300.

## ¿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 el valor mínimo estándar? Sí.

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 (TTY: 1-800-735-2989)。

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: بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا 1-844-282-3025 برقم اتصل (1-800-735-2989).

Urdu: 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, kwijigo 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: پاسخ. هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر 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: ໂປດຊາວ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍ່ລົງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialistas</a>      | \$35    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del Hospital (establecimiento)         | \$950   |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 30%     |

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*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$1,700        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguros</a>          | \$600          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,360</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialistas</a>      | \$35    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del Hospital (establecimiento)         | \$950   |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 30%     |

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$900          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$700          |
| <a href="#">Coseguros</a>          | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,620</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">Especialistas</a>      | \$35    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del Hospital (establecimiento)         | \$950   |
| ■ Otros <a href="#">coseguros</a>                               | 30%     |

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*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$1,700        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguros</a>          | \$80           |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,080</b> |