



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un **plan**. El SBC muestra cómo usted y el **plan** deben compartir el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (denominado la **prima**) se proporcionará de forma separada. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para 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/>. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver 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?
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes para conocer los costos de los servicios que el <b>plan</b> cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <b>deducible</b> .	Este <b>plan</b> cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido el monto del <b>deducible</b> . Sin embargo, pueden aplicar un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre determinados <b>servicios preventivos</b> sin <b>costo compartido</b> y antes de que cumpla con su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir <b>deducibles</b> para servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	\$1,700/por persona o \$3,400/por familia	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <b>plan</b> , ellos tienen que cumplir con su propio <b>límite de gastos de bolsillo</b> hasta que se haya cumplido con el <b>límite de gastos de bolsillo</b> de la familia.
¿Qué no se incluye en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> y atención médica que no cubre este <b>plan</b> .	Aunque pague estos gastos, no contarán para su <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagará menos si usa un <b>proveedor de la red</b> ?	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 un listado de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <b>plan</b> usa una <b>red de proveedores</b> . Usted pagará menos si usa un <b>proveedor</b> de la <b>red del plan</b> . Usted pagará lo máximo si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cobro del <b>proveedor</b> y lo que paga su <b>plan</b> ( <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <b>red de proveedores</b> puede usar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <b>proveedor</b> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita ser <b>referido</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede consultar al <b>especialista</b> que usted escoja sin un <b>referido</b> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla son después de cumplir el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<b>Si se atiende en la clínica o consultorio del <a href="#">proveedor de atención médica</a></b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de <a href="#">copago</a> /por visita	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>	\$20 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluaciones/vacunas</a>	Sin cargos	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 hace un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$100 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 afección</b> La información adicional sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> está disponible en <a href="http://www.express-scripts.com/CHRISTUSHealthPlan">http://www.express-scripts.com/CHRISTUSHealthPlan</a>	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargos	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> para un suministro de 90 días por medio de pedido por correo es el triple del <a href="#">costo compartido</a> 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> . Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$3 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	45% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	45% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% 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	20% 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.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en sala de emergencia</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>	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	\$20 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, 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 tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$20 de <a href="#">copago</a> /por visita Centro ambulatorio: 20% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Las visitas al consultorio para están sujetas al <a href="#">costo compartido</a> enumerado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al <a href="#">coseguro</a> del centro ambulatorio.
	Servicios para pacientes internados	\$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	\$20 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios del centro para parto/nacimiento	\$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para atención para pacientes internadas, excepto para : (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para paciente internada después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% 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. Limitado a 60 visitas/por año calendario.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$20 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. Limitado a 35 visitas/por año calendario, combinado con atención quiropráctica.
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	\$20 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>	\$20 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. Limitado a 25 visitas/por año calendario.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% 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> de más de \$500. Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios para pacientes terminales</a>	20% 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 está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos.	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Consulta dental para niños	Sin cargos.	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
- Atención dental (Adultos)
- 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 sea médicamente necesario o autorizado por el PCP)
- Cuidado de la vista de rutina (Adultos)
- Cuidado 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](#))
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo )

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si quiere que continúe su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias 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 <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid>. También se encuentran disponibles otras opciones de cobertura para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). 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:** Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por un rechazo de un [reclamo](#). Esta inconformidad se denomina una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, busque en la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para enviar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); o 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](#), [seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) o u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunos otros tipos de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), puede no puede ser elegible para [crédito fiscal de la prima](#).

**¿Cumple este plan con el Estándar de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).





Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solamente ejemplos de cómo este [plan](#) debería cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#). Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal y un parto en el hospital de la red)

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$20
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	\$950
Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño  
 Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguros</a>	\$800
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es de</b>	<b>\$1,760</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red)

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$20
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	\$950
Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación para enfermedades*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguros</a>	\$200
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es de</b>	<b>\$620</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$20
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	\$950
Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencia](#) (*incluyendo insumos médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguros</a>	\$300
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es de</b>	<b>\$1,200</b>

El [plan](#) será responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.