El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un plan de salud. 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. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el monto permitido, cargos facturados sobre saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://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 deducible general?	$800/por persona o $1,600/por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si 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 de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total de la familia..
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su deducible. No hay costo compartido para las dos primeras visitas al médico de atención primaria.	Este plan cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido el monto del deducible. Sin embargo, pueden aplicar un copago o coseguro. 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 en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Medicamentos con receta -- $200/por persona o $400/por familia. No hay otros deducibles específicos	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible, antes de que este plan pague estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$8,150/por persona o $16,300/por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos. 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 con el límite de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué no se incluye 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 para su límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/prov	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, y es posible que reciba una factura

	ider-search o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red.	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 (como servicios de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de obtener estos servicios.
¿Necesita ser referido para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted escoja sin un referido.

Todos los costos de los 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)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$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.
	Consulta con un especialista	$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.
	Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas	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 hace un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$20 copago /por visita para radiografías y no aplica el deducible. 30% de coseguro para exámenes de laboratorio.	No está cubierto	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	$100 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser 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 un medicamento para tratar su enfermedad o afección **La información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.christushealthplan.org**	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargos. No aplica el deducible.	No está cubierto	El costo compartido para un suministro de 90 días por medio de pedido por correo es el triple del costo compartido para un suministro estándar de 30 días. El costo compartido para medicamentos de especialidad está limitado a $150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de anticonceptivos no están sujetas al deducible y no tienen copago.
	Medicamentos genéricos no preferidos	$4 copago /por receta. No aplica el deducible.		
	Medicamentos de marca preferidos	$35 copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	$75 copago	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	45% de coseguro	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$950 de copago	$950 de copago	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	
	Atención médica urgente	$35 de copago /por visita; no aplica el deducible.	No está cubierto	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	$950 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden

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)	
				ser negados.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$20 de copago /por visita; no aplica el deducible.	No está cubierto	Las visitas al consultorio para MH/SUD están sujetas al costo compartido enumerado, mientras que los tratamientos MH/SUD en un centro ambulatorio están sujetos al coseguro en el centro ambulatorio. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Servicios para pacientes internados	$950 de copago /por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$35 de copago /por visita; no aplica el deducible.	No está cubierto	El costo compartido no aplica a los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen 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 copago	No está cubierto	Requiere autorización previa 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 autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
Si necesita servicios de recuperación u	Atención médica en el hogar	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden

* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en https://www.christushealthplan.org/

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)	
otras necesidades especiales de salud				ser negados.
	Servicios de rehabilitación	$20 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Servicios de recuperación de las habilidades	$20 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
	Servicios para pacientes terminales	30% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios pueden ser negados.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargos. No aplica el deducible.	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos. No aplica el deducible.	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Consulta dental para niños	Sin cargos. No aplica el deducible.	No está cubierto	Limitado a una visita cada 6 meses.

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
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental – Básica y principal (adultos)
- Atención dental – Básica y principal (niños)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos.
- Ortodoncia
- Servicios dentales de rutina (adultos)
- Cuidado de la vista de rutina(adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular
- Programas de pérdida de 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 (límite de 35 visitas)
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años)
- Enfermería privada

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/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html; 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. 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 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 a 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 o 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**

Si no tiene la Cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requerimiento que tiene cobertura de salud para ese mes.

¿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.

CHPLA20GO

* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en https://www.christushealthplan.org/

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 اللغوية المساعدة خدمات لك تتوافر .بالمجان برقم اتصل** 1-844-282-3025 **(رقم هاتف الصم والبكم)**: 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).

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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: **सावधानी: यदि आप द ◌ंि◌ी बोलते ◌ं, तो आप मुफ्त भाषा स ◌ायता सेवाओं से लाभ उठा सकते ◌ं।** 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 સેવાઓમાાંથી લાભ મેળવી શકો છો. 1-844-282-3025 પર કૉલ 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.

CHPLA20GO

* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en https://www.christushealthplan.org/

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 de salud. 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 deducible general del plan** **$800**
- **Copago del especialista** **$35**
- **Copago del hospital (centro)** **$950**
- **Otros coseguros** **30%**

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)*

Costo total del ejemplo	**$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$800
Copagos	$1,000
Coseguros	$700
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Peg es de	**$2,560**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red)

- **El deducible general del plan** **$800**
- **Copago del especialista** **$35**
- **Copago del hospital (centro)** **$950**
- **Otros coseguros** **30%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención médica primaria (*incluyendo educación para enfermedades)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,000
Copagos	$700
Coseguros	$300
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Joe es de	**$2,060**

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

- **El deducible general del plan** **$800**
- **Copago del especialista** **$35**
- **Copago del hospital (centro)** **$950**
- **Otros coseguros** **30**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencia *(incluyendo insumos médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$800
Copagos	$600
Coseguros	$70
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	$0
El total que pagaría Mia es de	**$1,470**