



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?	\$0 con un Proveedor de atención médica indígena (IHCP) o con referido de un IHCP a un centro no IHCP; \$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	Sí. Consulte	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la

CHAPLA20GOL

<u>proveedor de la red?</u>	https://www.christushealthplan.org/provider-search o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red.	red del plan. Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor</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</u> fuera de la red para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener estos servicios.
<u>¿Necesita ser referido para ver a un especialista?</u>	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que usted escoja sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de los copago y coseguros que se muestran en esta tabla son después de cumplir el deductible, si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones e información importante
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<u>Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargos	\$10 de <u>copago</u> /por visita; no aplica el <u>deductible</u>	No está cubierto	Sin <u>costo compartido</u> para las dos primeras visitas con el <u>médico de atención primaria</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargos	\$35 de <u>copago</u> /por visita; no aplica el <u>deductible</u>	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.
	<u>Atención preventiva/evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargos	Sin cargos. No aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
<u>Si se hace un examen</u>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargos	\$20 de <u>copago</u> /por visita para radiografías y no aplica el <u>deductible</u> . 30% de <u>coseguro</u> para exámenes de	No está cubierto	Ninguna.

CHPLA20GOL

* 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
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
			laboratorio.		
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	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargos	\$100 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados.
	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargos	Sin cargos. No aplica el deductible .	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 deductible y no tienen copago .
	Medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargos	\$4 de copago /por receta. No aplica el deductible .		
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargos	\$35 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargos	\$75 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Sin cargos	45% de coseguro	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargos	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	Sin cargos	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	Sin cargos	\$950 de copago	\$950 de copago	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargos		30% de	

CHPLA20GOL

* 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
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<u>Atención médica urgente</u>			30% de <u>coseguro</u>	<u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Atención médica urgente</u>	Sin cargos	\$35 de <u>copago</u> /por visita; no aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	Sin cargos	\$950 de <u>copago</u> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	Sin cargos	No está cubierto	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargos	\$20 de <u>copago</u> /por visita; no aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	Las visitas al consultorio para MH/SUD están sujetas al <u>costo compartido</u> enumerado, mientras que los tratamientos MH/SUD en un centro ambulatorio están sujetos al <u>coseguro</u> en el centro ambulatorio. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargos	\$950 de <u>copago</u> /por estadía	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargos	\$35 de <u>copago</u> /por visita; no aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	El <u>costo compartido</u> no aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otra sección

CHPLA20GOL

* 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
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
					del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargos	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios del centro para parto/nacimiento	Sin cargos	\$950 de <u>copago</u> /por estadía	No está cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> 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 <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargos	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargos	\$20 de <u>copago</u> /por visita	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Sin cargos	\$20 de <u>copago</u> /por visita	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargos		No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no

CHPLA20GOL

* 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
		Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés)	Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
			30% de <u>coseguro</u>		obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargos	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
	<u>Servicios para pacientes terminales</u>	Sin cargos	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios pueden ser negados.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Consulta dental para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica el <u>deductible</u> .	No está cubierto	Limitado a una visita cada 6 meses.

CHPLA20GOL

* 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 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.)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Cirugía cosmética• Atención dental – Básica y principal (adultos)• Atención dental – Básica y principal (niños) | <ul style="list-style-type: none">• 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) | <ul style="list-style-type: none">• 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.

CHPLA20GOL

* 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 (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: 1-800-735-2989. وابكم الصم هاتف رقم 1-844-282-3025 برقم اتصل . بال المجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، ذكر تتحدث كنت إذا ملحوظة

Urdu: 844-282-3025 خبردار: اگر آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں:

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: 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989). پاسخ هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر

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 (телефон: 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: ທ່ານທີ່ໄດ້ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຈ່າຍໃຫຍ່ອດັນພາສາ, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ອະນຸມືຟ້ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທດ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप दिल्ली बोलते हैं, तो आप मुफ्त भाषा सायता 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.

CHPLA20GOL

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 coseguros) 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$800
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <u>Copago</u> del hospital (centro)	\$950
■ Otros <u>coseguros</u>	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:

<u>Costo compartido</u>	
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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$800
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <u>Copago</u> del hospital (centro)	\$950
■ Otros <u>coseguros</u>	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:

<u>Costo compartido</u>	
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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$800
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <u>Copago</u> del hospital (centro)	\$950
■ Otros <u>coseguros</u>	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:

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