



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](#) u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en 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?	\$125/por persona o \$250/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, las consultas con proveedores de atención primaria y especialistas, y los medicamentos genéricos están cubiertos antes de que cumpla con su deducible .	Este plan cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido con el monto del deducible . Sin embargo, puede 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?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible , antes de que este plan empiece a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$600/por persona o \$1,200/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 total 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/provider-search o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la	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 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

	red.	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 del [copago](#) que se muestran en esta tabla son **con** el [deducible](#), y todos los costos del [coseguro](#) 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 y otra 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	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$35 de copago por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas	Sin cargos	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)	\$30 de copago por radiografías y examen de diagnóstico por imágenes; no aplica deducible . 35% de coseguro después del deducible para exámenes de laboratorio.	No está cubierto	Ninguna
	Imágenes (TC/exploración por TEP, IRM)	\$250 de copago con deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios PUEDEN SER negados.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección. La información adicional sobre la	Medicamentos genéricos	\$5 de copago /receta; no aplica 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. Cubre hasta un suministro de 30 días (recetas minoristas); un suministro de 31
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de copago con deducible	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$95 de copago con deducible	No está cubierto	

CHPNM19SS9

Número de control OMB 1545-2229, 1210-014 y 0938-1146

Publicado el 6 d abril de 2016

* 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 y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.christushealthplan.org	Medicamentos de especialidad	45% de coseguro después del deducible	No está cubierto	a 90 días (receta de pedido por correo). Los medicamentos del Nivel 1 no están sujetos a deducible .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	35% de coseguro después del deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios PUEDEN SER negados..
	Tarifa del médico/cirujano	35% de coseguro después del deducible	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	\$600 de copago con deducible	\$600 de copago con deducible	Exento de copago si es hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	35% de coseguro después del deducible	35% de coseguro después del deducible	
	Atención médica urgente	\$35 de copago por visita; no aplica el deducible	\$35 de copago por visita; no aplica el deducible	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	\$600 de copago por estadía con deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios PUEDEN SER negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos después del deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios PUEDEN SER negados.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de copago por visita; no aplica el deducible .	No está cubierto	Las consultas MH/SUD están sujetas al copago mencionado, mientras que los tratamientos ambulatorios en instalaciones MH/SUD están sujetos al coseguro para centros ambulatorios.
	Servicios para pacientes internados	\$600 de copago por estadía con deducible	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	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
		aplica deducible		
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargos después del deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios PUEDEN SER negados.
	Servicios del centro para parto/nacimiento	\$600 de copago con deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios PUEDEN SER negados.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	35% de coseguro después del deducible	No está cubierto	100 días por año. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios PUEDEN SER negados.
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago con deducible	No está cubierto	El proveedor debe determinar con anticipación los servicios de rehabilitación de los que se puede esperar que mejoren considerablemente su afección. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios PUEDEN SER negados.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30 de copago con deducible	No está cubierto	Incluye la definición federal de servicios de recuperación de las habilidades: Servicios de salud que ayudan a personas a mantener, aprender o a mejorar las habilidades y funciones de la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no caminan o hablan a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, terapia de patología del habla y el lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados y/o ambulatorios. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la

CHPNM19SS9

Número de control OMB 1545-2229, 1210-014 y 0938-1146

Publicado el 6 d abril de 2016

* 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 y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
				autorización previa, los beneficios PUEDEN ser negados.
	Atención de enfermería especializada	35% de coseguro deducible después del deducible	No está cubierto	60 días por año. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios PUEDEN ser negados.
	Equipo médico duradero	35% de coseguro deducible después del deducible	No está cubierto	Solo está cubierto el equipo médico duradero considerado como estándar y/o básico según lo definen los lineamientos reconocidos nacionalmente. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios PUEDEN ser negados.
	Servicios para pacientes terminales	35% de coseguro deducible después del deducible	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 está cubierto	1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos	No está cubierto	1 par de anteojos por año por niño, con un mínimo de \$100 de asignación para marcos y lentes o \$150 para lentes de contacto.
	Consulta dental para niños	Sin cargos	No está cubierto	Cubre servicios limitados.* Puede comprar una cobertura adicional como producto independiente de otro plan médico. CHRISTUS Health Plan no proporciona productos dentales independientes.

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• Cirugía cosmética• Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad• Atención a largo plazo• Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none">• Atención de rutina de la vista (adulto)• Atención de rutina de los pies |
|--|--|--|

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

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (límite de 20 visitas)• Atención quiropráctica (límite de 20 visitas) | <ul style="list-style-type: none">• Dispositivos auditivos (1 dispositivo por cada 3 años) | <ul style="list-style-type: none">• Dispositivos prostéticos (1 por año) |
|---|--|--|

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: 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>; HICAP de New Mexico al 1-855-857-0972 o <http://www.nmhicap.org>; el Programa Medicaid de New Mexico al 1-888-997-2583 o <http://www.hsd.state.nm.us>; o New Mexi-Kids al 1-888-997-2583 o <https://www.hsd.state.nm.us/mad>. 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 [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 la Oficina de la Superintendencia de Seguros al 1-855-427-5674 o mhcb.grievance@state.nm.us.

¿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](#).

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).

CHPNM19SS9

Número de control OMB 1545-2229, 1210-014 y 0938-1146

Publicado el 6 d abril de 2016

* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en

<https://www.christushealthplan.org/>

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

Urdu: كال کریں - كالمحررين (1-800-735-2989): 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

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

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-282-3025 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-282-3025 (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 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	\$125
■ Copago del especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$600
■ Otros coseguros	35%

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	\$116
Copagos	\$0
Coseguros	\$484
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es de	\$660

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	\$125
■ Copago del especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$600
■ Otros coseguros	35%

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*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250
Copagos	\$233
Coseguros	\$117
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe es de	\$655

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$125
■ Copago del especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$600
■ Otros coseguros	35%

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*)

Costo total del ejemplo	\$1,925
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$125
Copagos	\$268
Coseguros	\$207
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es de	\$600