



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 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 en IHCP o con referido de un IHCP a un centro no IHCP; \$6,000/por persona o \$12,000/por familia. No aplica a atención preventiva . | 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 . | 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? | No. | 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 ? | \$6,650/por persona o \$13,300/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 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 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 |
|--|--|---|---|---|---|
| | | 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) | |
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un especialista | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Ninguna |
| | Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas | Sin cargos | 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) | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Ninguna |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. |

CHPTX19BHL

* 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) | |
| 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 | Sin cargos | 40% de coseguro después del 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. Las recetas de anticonceptivos no están sujetas al deducible y no tienen un copago . |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargos | 40% 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 | Sin cargos | 40% 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 | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | 40% de coseguro después del deducible | Ninguna |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | 40% de coseguro después del deducible | |
| | Atención médica | Sin cargos | 40% de coseguro | No está cubierto | |

CHPTX19BHL

* 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) | |
| | urgente | | después del deducible | | |
| Si lo admiten en el hospital | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital) | Sin cargos | 40% 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 | Sin cargos | 40% de coseguro 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 | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios para pacientes internados | Sin cargos | 40% de coseguro después del 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 | Sin cargos | 40% de coseguro después del 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 | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios del centro para parto/nacimiento | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | 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 o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada después de una cesárea o |

CHPTX19BHL

* 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) | |
| | | | | | (2)atención posparto. 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 | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. Limitado a 60 visitas/año calendario. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargos | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios pueden ser negados. |
| | Servicios para pacientes terminales | Sin cargos | 40% de coseguro 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 | Sin cargos | No está cubierto | Limitado a un examen por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargos | Sin cargos | No está cubierto | Limitado a un par de anteojos por año. |
| | Consulta dental para niños | Sin cargos | Sin cargos | No está cubierto | Ninguna |

CHPTX19BHL

* 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](#).)

- Aborto
- 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
- 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 para niños
- Atención de rutina para la vista en adultos (1 examen cada 24 meses)
- Atención de rutina de los pies para miembros con diabetes

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>; 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 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 Texas al 1-800-578-4677 o <http://www.tdi.texas.gov/index.html>.

¿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:

CHPTX19BHL

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

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: والبرقم هاتف رقم).

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) خبردار:

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 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) پاسخ.

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.* —————

CHPTX19BHL

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 | \$6,000 |
| ■ Copago del especialista | \$0 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otros coseguros | 40% |

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 | \$2,064 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguros | \$4,586 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que pagaría Peg es de | \$6,710 |

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 | \$6,000 |
| ■ Copago del especialista | \$0 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otros coseguros | 40% |

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 | \$3,980 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguros | \$2,670 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que pagaría Joe es de | \$6,705 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$6,000 |
| ■ Copago del especialista | \$0 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otros coseguros | 40% |

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 | \$1,155 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguros | \$770 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que pagaría Mia es de | \$1,925 |