
 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](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 <a href="#">deducible</a> general?	\$125 por persona o /\$250 por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los <a href="#">servicios de atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, pueden aplicar un copago o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <a href="#">deducible</a> , antes de que este <a href="#">plan</a> pague estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$600/por persona o \$1,200/por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya cumplido con el <a href="#">límite total de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos facturados sobre saldos y atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .	Aunque pague estos gastos, no contarán para su <a href="#">límite total de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="https://www.christushealthplan.org/prov">https://www.christushealthplan.org/prov</a>	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cobro del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">cargos</a>

CHPTX19SL9

	<a href="#">ider-search</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red.	<a href="#">facturados sobre saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">red de proveedores</a> puede usar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la red para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita ser <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al especialista que <a href="#">usted</a> 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 <a href="#">proveedor de atención médica</a>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas</a>	Sin cargo	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.
Si se hace un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de <a href="#">copago</a> /por visita para radiografías y examen de diagnóstico por imágenes. 35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> para exámenes de laboratorio.	No está cubierto	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$250 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden

CHPTX19SL9

\* 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)	
				ser negados.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b> <b>La información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta está disponible en <a href="http://www.christushealthplan.org">www.christushealthplan.org</a></b>	Medicamentos genéricos	\$5 de <a href="#">copago</a> / por receta	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 anticonceptivos no están sujetas al <a href="#">deducible</a> y no tienen <a href="#">copago</a> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$95 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	45% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
	Tarifa del médico/cirujano	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	\$600 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	\$600 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	
<b>Si lo admiten en el hospital</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	\$600 de <a href="#">copago</a> /por	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden

CHPTX19SL9

\* 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)	
		estadía con <a href="#">deducible</a>		ser negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios para pacientes internados	\$600 de <a href="#">copago</a> /por estadía con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$35 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 que se describen en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios del centro para parto/nacimiento	\$600 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	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 o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada después de una cesárea o (2)atención posparto. Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados. Limitado a 60 visitas/año

CHPTX19SL9

\* 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)	
especiales de salud				calendario.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> con <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.
	<a href="#">Servicios para pacientes terminales</a>	35% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , 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	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
- 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

CHPTX19SL9

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

**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
- Cuidado de la vista de rutina para adultos (1 examen cada 24 meses)
- Cuidado de los pies de rutina 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](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 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:

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 (والبيكم الصم هاتف رقم) 1-800-735-2989.

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)۔

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 پاسخ (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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*



**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.

<b>Peg va a tener un bebé</b> (9 meses de atención prenatal y un parto en el hospital de la red)	<b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red)	<b>Fractura simple de Mia</b> (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:**

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>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$116
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguros</a>	\$484
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es de</b>	<b>\$660</b>

- 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 médica 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>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$125
<a href="#">Copagos</a>	\$233
<a href="#">Coseguros</a>	\$117
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que pagaría Joe es de</b>	<b>\$530</b>

- 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,925</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

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