



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se le brindará por separado. Este documento es solo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2025/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede acceder al Glosario desde www.cciio.cms.gov o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Esto es Importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Consulte a continuación el cuadro Eventos médicos frecuentes para conocer los costos que le corresponden a usted por los servicios cubiertos por este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . |
| ¿Existe algún otro deducible para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite https://providersearch.communityhealthchoice.org o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y el monto que paga su plan (facturación de saldo). Tenga presente que es posible que nuestro proveedor de la red use un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una referencia . |

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Paga el mínimo posible) | Proveedor no IHCP (Pagará el monto mayor) | |
| Si visita el consultorio o la clínica del proveedor | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Visita a un especialista | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Cuidado preventivo/pruebas de detección / vacunas | Sin cargo | Sin cargo | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, consulte el monto que pagará el plan . |
| Si le realizan una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios. |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/formulary-select-2025.pdf | Medicamentos genéricos | Sin cargo | Sin cargo | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El Nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo | Sin cargo | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una autorización previa para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario. No obtener una autorización previa para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/04/eoc-deductible-2025.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|---|---|--|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Paga el mínimo posible) | Proveedor no IHCP (Pagará el monto mayor) | |
| | | | | marca preferido, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico. El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo | Sin cargo | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El Nivel 3 incluye productos del formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos). |
| | Medicamentos especializados | Sin cargo | Sin cargo | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). El Nivel 4 incluye medicamentos especializados . |
| Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para ciertos servicios, como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, traslados de instalación a instalación, fuera de la red y fuera del área. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| Si debe permanecer internado | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/04/eoc-deductible-2025.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Paga el mínimo posible) | Proveedor no IHCP (Pagará el monto mayor) | |
| o tratamiento por consumo de sustancias | | | | autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. |
| | Servicios para pacientes internados | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos . Es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible según el tipo de servicio. |
| | Servicios del profesional durante la atención del parto | Sin cargo | Sin cargo | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). |
| | Servicios de la instalación durante la atención del parto | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica a domicilio | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/04/eoc-deductible-2025.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|---|---|--|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Paga el mínimo posible) | Proveedor no IHCP (Pagará el monto mayor) | |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cargo | denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año. Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan . |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | Sin cargo | Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del plan . |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen oftalmológico para niños | Sin cargo | Sin cargo | Un examen oftalmológico de rutina por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | Sin cargo | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan . |
| | Chequeo odontológico para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).

- Aborto, con excepción de servicios limitados
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Chequeo odontológico para niños
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Programas para bajar de peso

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)
- Audífonos (cada oído, cada tres años)
- Enfermería privada (paciente internado)
- Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)

Sus Derechos para Extender la Cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación, se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1-800-578-4677 o el emisor al 1-855-315-5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/04/eoc-deductible-2025.pdf>

una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

¿Este plan le brinda Cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) por lo general incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#) es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#), es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

Asistencia con el idioma:

En Community Health Choice, estamos comprometidos a brindar servicios de atención médica accesibles y de alta calidad a una población diversa. Ofrecemos materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y eficaz con todos los miembros, más allá de su idioma principal. Capacitamos al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones. Proporcionamos un aviso oral y por escrito a los consumidores con dominio limitado del inglés (LEP) en su idioma de preferencia informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia con el idioma y cómo obtenerlos.

Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-315-5386.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Información sobre estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalación) | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios del profesional durante la atención del parto
 Servicios del establecimiento durante la atención del parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita de [especialista](#) (anestesia)

Ejemplo de Costo Total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Peg pagaría un total de | \$0 |

Control de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro la red, afección bien controlada)

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalación) | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre enfermedades)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Ejemplo de Costo Total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Joe pagaría un total de | \$0 |

Mia sufrió una fractura simple

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

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago por especialista | \$0 |
| ■ Coseguro por hospital (instalación) | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluidos los insumos médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Ejemplo de Costo Total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$0 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.