



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-282-3025 o visítenos en el sitio web <https://www.christushealthplan.org/member-resources/forms-documents/individual-and-family-plans/>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como el monto permitido, cargos facturados sobre saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-282-3025 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$7,450/por persona o \$14,900/por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> empiece a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> puede aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$9,100/por persona o \$18,200/por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir con su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>cargos facturados sobre saldos</u> y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque pague estos gastos, no contarán hacia el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/find-a-provider o llame al 1-844-282-3025 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</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 fuera de la red</u> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que usted escoja sin una <u>derivación</u> .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$60 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Sin costo compartido para las dos primeras visitas con el médico de atención primaria .
	Consulta con un especialista	\$80 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargos; no aplica deducible	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 realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	50% de coseguro	No está cubierto	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$400 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/LAHIXFormulary2023.pdf	Medicamentos genéricos	Sin cargos; no aplica deducible	No está cubierto	El costo compartido para un suministro de 90 días por medio del 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 medicamentos anticonceptivos no están sujetas al deducible , y no tienen copago .
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$30 de copago /por receta; no aplica deducible	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	\$100 de copago /por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	50% de coseguro	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$950 de copago /por visita	\$950 de copago /por visita	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	50% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$80 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$950 de copago /por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$80 de copago /por visita; no aplica deducible Centro ambulatorio: 50% de coseguro	No está cubierto	Las visitas al consultorio están sujetas al costo compartido enlistado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al coseguro del centro ambulatorio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$950 de copago /por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$80 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	El costo compartido no aplica a los servicios preventivos . El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$950 de copago /por estadía	No está cubierto	Se requiere autorización previa para atender a pacientes internadas, excepto por: (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes internadas después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para pacientes internadas después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Servicios de rehabilitación	\$60 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Servicios de habilitación	\$60 de copago /por visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Atención de enfermería especializada	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Equipo médico duradero	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa para algunos artículos de equipo médico duradero . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargos; no aplica deducible	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos; no aplica deducible	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Control dental para niños	Sin cargos; no aplica deducible	No está cubierto	Limitado a una visita por 6 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|---|--|
| • Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención dental básica y mayor (Niños, excepto chequeo dental con proveedores de la red) | • Ortodoncia |
| • Acupuntura | • Tratamiento de la infertilidad | • Atención del pie de rutina para miembros diabéticos |
| • Cirugía bariátrica | • Atención a largo plazo | • Tratamiento para los trastornos de la articulación temporomandibular |
| • Cirugía cosmética | • Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos | • Programas para perder peso |

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

- | | | |
|--|---|---|
| • Atención quiropráctica | • Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo) | • Enfermería privada |
| • Atención dental (Adulto: se aplican límites de artículos y visitas. \$1,000 como máximo de beneficios anuales) | | • Atención ocular de rutina (Adulto – 1 artículo y 1 visita por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto). |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos 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/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; 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. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). 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: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: CHRISTUS Health Plan Customer Service al 1-844-282-3025; la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo at 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform; 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.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

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)。

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

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).

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne '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: پاسخ. 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989). 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 (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: ຖ້າ າ ທ່ານ ເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີຢູ່ອນໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आप मुफ्त भाषा सहायता 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede cubrir este [plan](#) la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$7,450
■ Copago del Especialistas	\$80
■ Copago del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros coseguros	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$7,450
Copagos	\$1,000
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$8,510

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$7,450
■ Copago del Especialistas	\$80
■ Copago del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros coseguros	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$4,000
Copagos	\$600
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$4,620

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$7,450
■ Copago del Especialistas	\$80
■ Copago del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros coseguros	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$200
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,700