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 cantidad permitida, facturación de saldo, 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 deducible total?	$0 con un Proveedor de atención médica indígena (IHCP) o con referido de un IHCP a un proveedor no IHCP; $2,000/por persona o $4,000/por familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que el plan empiece a pagar. Si usted 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 del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar 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 productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del deducible. Sin embargo, un copago o coseguro puede aplicar. 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 cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care- benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$8,400 por persona o $16,800/por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podria pagar por servicios cubiertos en un año. 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 el límite de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido 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 hacia el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/find-a-provider o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red.	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 fuera de la red, 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 puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Consulte a su proveedor antes de obtener estos servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted escoja sin un referido.

⚠ 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
		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 acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Sin costo compartido para las dos primeras visitas con el médico de atención primaria. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargos	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)	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Medicamentos genéricos	Sin cargos	50% de coseguro	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 genéricos no preferidos	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	
	Medicamentos de	Sin cargos	50% de	No está	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra 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 condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/LAHIXFormulary2023.pdf**	marca preferidos		coseguro	cubierto	medicamentos anticonceptivos no están sujetas al deducible, y no tienen copago. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargos	$950 de copago/por visita	50% de coseguro	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargos	50% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención de urgencia	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	

* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o la póliza en https://www.christushealthplan.org/member-resources/forms-documents/individual-and-family-plans/

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra 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 hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargos	Visita al consultorio: 50% de coseguro 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. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargos	50% de coseguro	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). Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargos	50% de coseguro	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. Exento de

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra 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)	
					costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios de habilitación	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Equipo médico duradero	Sin cargos	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. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargos	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con unproveedor no IHCP con referido de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos	Sin cargos. No aplica deducible.	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Control dental para	Sin cargos	Sin cargos. No	No está	Limitado a una visita por 6 meses.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra 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)	
	niños		aplica deducible.	cubierto	

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 (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adultos)
- Atención dental básica y mayor (Niños, excepto chequeo dental con proveedores de la red)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos
- Ortodoncia
- Atención de la vista de rutina para adultos
- Atención del pie de rutina para miembros diabéticos
- Tratamiento para los trastornos de la articulación temporomandibular
- Programas para perder 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
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a $2,000 de beneficio máximo por dispositivo)
- Enfermería privada

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/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. 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 una 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: 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) or www.dol.gov/ebsa/healthreform; o 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, seguro médico disponibles a través del Mercado o u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunos otros tipos de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, puede no puede ser elegible para crédito fiscal de la prima.

¿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 (TTY1-800-735-2989)。

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. بالمجان لك** برقم اتصل 1-844-282-3025 (**والبكم الصم هاتف رقم**: 1-800-735-2989).

Urdu: **خبردار: 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).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo 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: **اگر شما، کمک خدمات فارسی، زبان رایگان، می صحبت کنند در دسترس شما هستند. پاسخ** 1-844-282-3025 (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, ການບໍ ລິການຊ່ ວຍເຫ ຼືອດ້ ານພາສາ, ໂດຍບໍ ່ເສັ ຽຄ ່າ, ແມ ່ນມ ີພ ້ອມໃຫ ້ທ ່ານ. ໂທຣ 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** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

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** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago del Especialistas** **$0**
- **Copago del Hospital (establecimiento)** **$0**
- **Otros coseguros** **0%**

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Nota: Estos números se hacen asumiendo que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o con el referido a uno no IHCP. Si usted recibió atención de un proveedor no IHCP sin un referido de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.