



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un [plan](#). 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 o visítenos en el sitio web <https://www.christushealthplan.org/>. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver 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? |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$2,400/por persona o \$4,800/por familia | 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 . No hay costo compartido para las dos primeras visitas al médico de atención primaria . | 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 cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | Sí. Medicamentos con receta - \$300/por persona o \$600/por familia. No hay otros deducibles específicos. | 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 ? | \$2,500/por persona o \$5,000/por familia | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede 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 con el límite 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/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 (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 [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 proveedor de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$10 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 | \$35 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/evaluaciones/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 hace un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Radiografías: \$30 de copago /por visita y no aplica deducible . 40% de coseguro para exámenes de laboratorio. | No está cubierto | Ninguna. |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | \$400 de copago /por visita; no aplica deducible . | 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 afección La información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta está disponible en http://www.express-scripts.com/CHRISTUSHealthPlan | Medicamentos genéricos preferidos | Sin cargos. No aplica 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. 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 | \$5 de copago /por receta. No aplica deducible . | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$60 de copago /por receta. | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$95 de copago /por receta. | No está cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad | 45% de coseguro | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía | Tarifa del centro (por ejemplo, | 40% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la |

| 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) | |
| ambulatoria | centro de cirugía ambulatoria) | | | autorización previa , los beneficios serán negados. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 40% 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 sala de emergencia | \$950 de copago /por visita | \$950 de copago /por visita | Ninguna. |
| | Transporte médico de emergencia | 40% de coseguro | 40% de coseguro | |
| | Atención médica urgente | \$35 de copago /por visita; no aplica deducible . | No está cubierto | |
| Si lo admiten en el hospital | Tarifa del centro (por ejemplo, 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 tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: \$20 de copago /por visita; no aplica deducible . Centro ambulatorio: 40% de coseguro . | No está cubierto | Las visitas al consultorio están sujetas al costo compartido enumerado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al coseguro del centro ambulatorio. |
| | Servicios para pacientes internados | \$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 | \$35 de copago /por visita; no aplica 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 | No está cubierto | Ninguna. |
| | Servicios del centro para parto/nacimiento | \$950 de copago /por estadía | No está cubierto | Se requiere autorización previa para atención para pacientes internadas, excepto para: (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para paciente internada |

| 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) | |
| | | | | después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada 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 u otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 40% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. |
| | Servicios de rehabilitación | \$30 de copago /por visita | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | \$30 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 | 40% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. |
| | Equipo médico duradero | 40% 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 para pacientes terminales | 40% 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. |
| | Consulta dental para niños | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | Limitado a una consulta cada 6 meses. |

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: básica y mayor (Niños, excepto la consulta 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
- Cuidado del pie de rutina para miembros con diabetes
- Tratamientos de 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
- Atención dental (adultos - Aplican límites en visitas y artículos, aplica beneficio anual máximo de \$1,000)
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitado a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo)
- Enfermería privada
- Cuidado de la vista de rutina para adultos (1 artículo y 1 visita por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto).

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: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 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](#), [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 (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: بالمرجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات في اللغة، انكر تتحدث كنت إذا ملحوظة: 1-800-735-2989 (والبكم الصم هاتف رقم) 1-844-282-3025 برقم اتصل.

Urdu: كال کریں۔ 1-800-735-2989 (TTY: 1-800-735-2989) اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

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: پاسخ. هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر 1-800-735-2989 (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: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ອາດ ຈຳ ນາຍ ສາ ມາ ການ ບໍ ລິ ການ ຊ ື ວ ຍ ຫ ຼ ື ອ ດ ັ ນ ພ າ ສ າ, ໂດ ຍ ບ ັ ັ ເ ສ ັ ບ ື ດ ັ ັ, ແມ ນ ນ ມ ພ ື ອ ມ ໃ ຫ ື ທ ັ ັ ນ. ໂທ ຣ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप हिंद बोलते हैं तो आप मु त 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 સેવાઓમાં થી 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 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](#). 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 | \$2,400 |
| Copago del especialista | \$35 |
| Copago del hospital (centro) | \$950 |
| 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 | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$2,400 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguros | \$0 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que pagaría Peg es de | \$2,560 |

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 | \$2,400 |
| Copago del especialista | \$35 |
| Copago del hospital (centro) | \$950 |
| Otros coseguros | 40% |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación para enfermedades*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$1,000 |
| Copagos | \$1,000 |
| Coseguros | \$0 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que pagaría Joe es de | \$2,020 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| El deducible general del plan | \$2,400 |
| Copago del especialista | \$35 |
| Copago del hospital (centro) | \$950 |
| 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 | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costo compartido</i> | |
| Deducibles | \$2,300 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguros | \$0 |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que pagaría Mia es de | \$2,500 |

El [plan](#) será responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.