



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-877-698-7032 o visite [members.cfhp.com](http://members.cfhp.com) Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com) o llamar al 1-877-698-7032 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<b>\$0</b> individual/ <b>\$0</b> por familia	Vea la tabla empezando en la página 2 para los costos por servicios cubiertos por este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> están cubiertos antes de cumplir con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el <a href="#">deducible</a> . Pero un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> puede aplicarse
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	Sí. <b>\$50</b> por persona para gastos de medicamentos recetados. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del <a href="#">deducible</a> específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	<b>\$6,650</b> por persona / <b>\$13,300</b> por familia	El <a href="#">límite de desembolso</a> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tiene que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> personal hasta que toda la familia cumpla con el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Copagos</a> para ciertos servicios, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> médica?	Sí. Consulte en <a href="http://www.cfhp.com">www.cfhp.com</a> o llame al 1-877-698-7032 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y puede recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">recomendación médica</a> .

**Preguntas:** Llame al (877) 698-7032 o visite [members.cfhp.com](http://members.cfhp.com). Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al (877) 698-7032 y pida una copia



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$40 <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	—————Ninguno—————
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son <a href="#">preventivos</a> . Luego compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$100 <a href="#">copago</a> más 20% <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se puede requerir <a href="#">autorización previa</a> . El no haber obtenido <a href="#">autorización previa</a> puede aumentar su costo.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<p><b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.[insert].com</a></p>	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago/receta</u> (mantenimiento), \$10 <u>copago/receta</u> (sin mantenimiento); \$30 <u>copago/receta</u> (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$35 <u>copago/receta</u> (sin mantenimiento), \$45 <u>copago/receta</u> (mantenimiento); \$105 <u>copago/receta</u> (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagará el <u>copago</u> genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$60 <u>copago</u> (sin mantenimiento), \$75 <u>copago</u> (mantenimiento); \$180 <u>copago</u> (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagará el <u>copago</u> genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Si compra a través de una farmacia, el beneficio de farmacia aplica, de lo contrario, cubre como beneficio médico.	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	No cubierto	—————Ninguno—————
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$150 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u>	\$150 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u>	Si es admitido, el <u>copago</u> se aplica al <u>copago</u> de hospital para pacientes internos.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	—————Ninguno—————
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$150/día <u>copago</u> por admisión más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión. \$2,250 <u>copago</u> máximo por año del plan por persona. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$25 <u>copago</u> /visita	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Servicios internos	\$150/día <u>copago</u> por admisión más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión. \$2,250 <u>copago</u> máximo por año del plan por persona. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<b>Prenatal:</b> Sin Cargo <b>Postnatal:</b> \$25 <u>copago</u> PCP; \$40 <u>copago</u> especialista	No está cubierto	Sin cargo para visitas al consultorio prenatal dentro de la red o parto por obstetra.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$150/día <u>copago</u> por admisión más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión. \$2,250 <u>copago</u> máximo por año del plan por persona. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>otras necesidades de salud especiales</b>				aumentar su costo.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% <u>coseguro</u> sin visita al consultorio, \$40 más 20% <u>coseguro</u> con visita al consultorio	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	\$40 <u>copago</u> /visita	No está cubierto	Límite de un examen de rutina por año del plan por persona.
	Anteojos para niños	Varía, \$125 subsidio	No está cubierto	Límite de un par cada 24 meses por persona.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	—————Ninguno—————

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Inseminación Artificial</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado no urgente al viajar fuera de los Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de comodidad personal</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)**

- |                                                                                                          |                                                                        |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Aparatos auditivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería Privada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de rutina de la vista</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es Community First Health Plans at 1-877-698-7032, o [members.cfhp.com](http://members.cfhp.com); the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 1-866-444-3272, o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa); o the U.S. Department of Health and Human Services, 1-877-267-2323 X61565, o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

Texas Department of Insurance  
P.O. Box 149104  
Austin, TX 78714-9104  
Fax 1-512-475-1771  
Web: <http://www.tdi.state.tx.us>  
E-Mail: [ConsumerProtection@tdi.state.tx.us](mailto:ConsumerProtection@tdi.state.tx.us)

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) y [coseguro](#) \$150/día [copago](#) + 20% [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#) 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total hipotético \$10,284**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$2,000
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,460</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) y [coseguro](#) \$150/día [copago](#) + 20% [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#) 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total hipotético \$5,877**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$50
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,510</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [copago](#) y [coseguro](#) \$150/día [copago](#) + 20% [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#) 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

**Costo total hipotético \$1,447**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$30
Copagos	\$200
Coseguro	\$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$430</b>

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