



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 Para la definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cfhp.com o llamar al 1-877-698-7032 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0 individual/ \$0 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 deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el deducible . Pero un copago o coseguro puede aplicarse
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$50 por persona para gastos de medicamentos recetados. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,750 por persona / \$13,500 por familia	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que toda la familia cumpla con el límite de desembolso .
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos para ciertos servicios, primas , cargos por facturación y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Consulte en www.cfhp.com o llame al 1-877-698-7032 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una recomendación médica .

Preguntas: Llame al (877) 698-7032 o visite members.cfhp.com. Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o 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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 copago /visita	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Visita al especialista	\$40 copago /visita	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro /examen	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$100 copago más 20% coseguro /examen	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa . El no obtener autorización previa 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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en: www.cfhp.com	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 obtener <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 obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagara 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 obtener <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 especializados	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 obtener <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)	
Si se somete a una operación ambulatoria	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 obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$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.
	Transportación de emergencia médica	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	—————Ninguno—————
	Atención de urgencia	\$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 obtener <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 obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal: Sin Cargo Postnatal: \$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 profesionales de partos/nacimientos	Sin cargo	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Instalaciones de servicios profesionales de partos/nacimientos	\$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 obtener <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)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de salud en el hogar	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Servicios de rehabilitación	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 obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Servicios de habilitación	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Cuidado de enfermería especializada	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Equipo médico duradero	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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. Cubre un examen de agudeza visual de atención preventiva sin cargo por un proveedor de la red.
	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"> • Acupuntura • Inseminación Artificial • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental • Tratamiento de infertilidad • Cuidado a largo plazo • Cuidado no urgente al viajar fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de comodidad personal • Cuidado rutinario de los pies • Programas de pérdida de peso |
|---|--|--|

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

- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos (limitado a 1,000 por oído por un período de 36 meses) Los menores elegibles de 18 años o menos no están sujetos a un máximo de 1,000 en aparatos auditivos
- Enfermería Privada
- Cuidado de rutina de la vista

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; the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 1-866-444-3272, o www.dol.gov/ebsa; o the U.S. Department of Health and Human Services, 1-877-267-2323 X61565, o 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 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.

¿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	\$340
Coseguro	\$2,000
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,340

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
El total que Joe pagaría es	\$1,510

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
El total que Mia pagaría es	\$430

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