




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 las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados consulte el glosario. Puede ver el 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 por individuo/ \$0 family	Consulte la tabla que empieza en la página 2 para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios de <u>cuidado preventivo</u> están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos antes de que alcance su deducible a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el <u>deducible</u> . Pero un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> puede aplicarse.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$50 por individuo para gastos de medicamentos recetados. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> 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 individuo / \$13,500 por familia	El <u>límite de desembolso(gastos de bolsillo)</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tiene que cumplir con sus propios <u>límites de desembolso(gastos de bolsillo)</u> hasta que toda la familia cumpla con el <u>límite de desembolso.(gastos de bolsillo)</u>
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	<u>Copagos</u> para ciertos servicios, <u>primas</u> , cargos por <u>facturación</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso.(gastos de bolsillo)</u>

¿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 usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que elija dentro de la red sin una referencia médica .

Preguntas: Llame a Servicios al Cliente al (877) 698-7032 o visítenos en members.cfhp.com. Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthrefor 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	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
	Visita al especialista	\$40 copago /visita	No está cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
	Atención preventiva/detección/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	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro /examen	No está cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional

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)	
				debido al nuevo coronavirus.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$100 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro/examen</u>	No está cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . El no haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
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 – Tier 1	\$10 <u>copago/receta</u> (mantenimiento), \$10 <u>copago/receta</u> (sin mantenimiento); \$20 <u>copago/receta</u> 60 días (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 – Tier 2	\$35 <u>copago/receta</u> (sin mantenimiento), \$45 <u>copago/receta</u> (mantenimiento); \$70 <u>copago/receta</u> 60 días (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 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 – Tier 3	\$60 <u>copago</u> (sin mantenimiento), \$75 <u>copago</u> (mantenimiento); \$120 <u>copago</u> , 60 días (mantenimiento); \$180 <u>copago</u>	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

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)	
		(pedido por correo o suministro de día extendido)		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 haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
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 haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	No 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. Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
	Transporte médico de emergencia	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	—————Ninguno—————
	Atención de urgencia	\$50 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
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. Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y

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)	
				fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios externos	\$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 copago 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	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. Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Servicios de instalaciones de partos/nacimiento	\$150/día <u>copago</u> por admisión más 20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión. \$2,250 copago 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 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 haber obtenido <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 haber obtenido <u>autorización previa</u> puede aumentar su costo.
	Servicios de habilitación	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	—————Ninguno—————

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)	
	Cuidado de enfermería especializada	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.
	Equipo médico duradero	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.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	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.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	\$40 <u>copago</u> /visita	No está cubierto	Límite un examen de rutina por año del plan por persona. Cubre examen de detección de agudeza visual de cuidado preventivo sin copago con un proveedor de la red.
	Anteojos para niños	Varía, \$125 subsidio	No está cubierto	Límite un par cada 24 meses por persona.
	Chequeo dental para niños	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](#).)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Las mamografías de diagnóstico dentro de la red están cubiertas al 100% a partir del 1 de septiembre de 2020 | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (limitados a \$1,000 por oído por 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 al 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](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-698-7032.

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. 1-877-698-7032

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-698-7032 번으로 전화해 주십시오.

Arabic (العربية): 1-877-698-7032 برقم هاتفك اتصل بالمجان فالكفتوا رفاللغوي لمساعدة فخدمات إن فاللغ اذكر فتتحدث فكتنا فإذا ف: ملحوظ

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.