



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 el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [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?	\$8,500/por persona o \$17,000/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 . Sin costo compartido para las dos primeras visitas con el médico de atención primaria .	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 ?	\$9,200/por persona o \$18,400/por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría 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 de la red ?	Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/find-a-provider o llame al 1-844-282-3025 para obtener una lista 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 una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted escoja sin una derivación .



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
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$50 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	\$80 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/evaluación /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 realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 50% de coseguro Exámenes de laboratorio: \$80 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$400 de copago /por visita	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 condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con	Medicamentos genéricos	Sin cargos; no aplica deducible	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 anticonceptivos no están sujetas al deducible , y no tienen copago .
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$30 de copago /por receta; no aplica deducible	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	\$100 de copago /por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
receta en https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/LAHIXFormulary2025_SPA.pdf	Medicamentos de especialidad	50% de coseguro	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	50% 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 la Sala de Emergencias	\$950 de copago /por visita	\$950 de copago /por visita	Atención de urgencia virtual gratuita a través de CHRISTUS Health System.
	Transporte médico de emergencia	50% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$80 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., 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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$60 de copago /por visita; no aplica deducible 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.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$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	\$80 de copago /por visita; no aplica deducible	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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$950 de copago /por estadía	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.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Servicios de rehabilitación	\$60 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Servicios de habilitación	\$60 de copago /por visita; no aplica deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Atención de enfermería especializada	50% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados.
	Equipo médico duradero	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.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	50% 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.
	Control dental para niños	Sin cargos; no aplica	No está cubierto	Limitado a una limpieza y examen cada seis meses.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
		<u>deducible</u>		

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ortodoncia • 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 se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Atención dental (adultos - Aplican límites en visitas y artículos por año. Beneficio anual máximo de \$1,000) • Atención dental básica y mayor (Niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado de la vista de rutina (Adultos – 1 artículo y 1 visita por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos 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. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). 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: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si 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) 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](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales,

CHPLA25BZP

* 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/>

Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Aplica.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

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](#) \$8,500
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$950
- Otros [coseguros](#) 50%

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:

Costo compartido	
Deducibles	\$8,500
Copagos	\$700
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$9,260

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](#) \$8,500
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$950
- Otros [coseguros](#) 50%

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:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,900
Copagos	\$700
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$4,620

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,500
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$950
- Otros [coseguros](#) 50%

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:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$500
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,600