

 **The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 210-358-6090 or visit <https://communityfirsthealthcoverage.com> For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, co-insurance, co-payment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://communityfirsthealthcoverage.com> or call 210-358-6090 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	\$0 UH Network. \$625 Individual/\$1,250 Family First Health Network, now available Nationwide	See the chart starting on page 2 for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will have to meet the <u>deductible</u> before the <u>plan</u> pays for any services. UH Network does not have a deductible.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?	\$0 UH Network. \$5,000/Individual, \$10,000 Family First Health Network	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?	<u>Co-payments</u> for certain services, <u>premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges, and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a <u>network provider</u>?	Yes. Utilizing a UH Network provider eliminates <u>co-insurance</u> & deductibles compared to utilizing the First Health Network. See https://communityfirsthealthcoverage.com or call 1-800-434-2347 for a list of providers.	You will pay more if you use a First Health Network provider, as you are subject to balance billing which is the difference between the providers' charge and what the plan pays. Be advised, your First Health Network Provider might use an <u>out-of-network provider</u> for some services such as lab work. Check with your <u>provider</u> before obtaining services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u>?	The UH Network requires a referral from your PCP. A referral is not needed to see an OBGYN, Mental Health, or Behavioral Health Provider. You do not	The UH Network will pay some or all of the costs to see a <u>specialist</u> for covered services if a <u>referral</u> is obtained by their <u>PCP</u> prior to the service.

Questions: Call 1-800-434-2347 or visit us <https://communityfirsthealthcoverage.com> . If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at <https://communityfirsthealthcoverage.com> or call 1-800-434-2347 to request a copy.

need a referral for the First Health Network.



Some co-payments and co-insurances in the chart below will require you to meet the deductible first.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		UH Network Provider	First Health Network Provider	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	-----None-----
	Specialist visit	\$15 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	-----None-----
	Preventive care/screening/immunization	No charge	30% co-insurance after deductible	-----None-----
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	30% co-insurance after deductible	Outpatient only
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	30% co-insurance after deductible	Outpatient only
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at https://communityfirsthealthcoverage.com	Generic drugs – Tier 1	No co-payment	\$20 co-payment per prescription (retail); 30 day \$40 co-payment per prescription (mail order); 90 day	Co-payment waived if prescription is filled at a University Health Pharmacy or qualifies under Mail Order.
	Preferred brand drugs – Tier 2	No co-payment	\$40 co-payment per prescription (retail); 30 day \$60 co-payment per prescription (mail order); 90 day	Co-payment waived if prescription is filled at a University Health Pharmacy or qualifies under Mail Order..
	Non-preferred brand drugs or Specialty drugs – Tier 3	No co-payment	\$60 co-payment per prescription (retail); 30 day \$100 co-payment per prescription (mail order); 90 day	Co-payment waived if prescription is filled at a University Health Pharmacy or qualifies under Mail Order.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$100 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	Pre-authorization required
	Physician/surgeon fees	No charge	30% co-insurance after deductible	Pre-authorization required
If you need				Emergency Room co-payment is waived under

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		UH Network Provider	First Health Network Provider	
immediate medical attention	Emergency room care	\$100 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	UH Family Network, if admitted.
	Emergency medical transportation	Plan will pay up to \$1,500 of the Usual and Customary	Plan will pay up to \$1,500 of the Usual and Customary	Community First will pay for Emergency Transportation services performed by non-participating Providers at the negotiated or usual and customary rate. Members may be responsible for balance of billed charges, if any.
	Urgent care	\$20 co-payment /incident	30% co-insurance after deductible	UH Express Med Clinics are the only urgent care facilities covered under the UH Network.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 co-payment /day	30% co-insurance after deductible	Pre-authorization required if outside UH. Co-payment required for each day with a \$500 maximum for each confinement under the UH Network.
	Physician/surgeon fees	No charge	30% co-insurance after deductible	-----None-----
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$15 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	-----None-----
	Inpatient services	\$100 co-payment /day	30% co-insurance after deductible	Co-payment required for each day with a \$500 maximum for each admission under the UH Network.
If you are pregnant	Office visits	\$15 co-payment /first visit	30% co-insurance after deductible	No charge after first visit
	Childbirth/delivery professional services	No charge	30% co-insurance after deductible	-----None-----
	Childbirth/delivery facility services	\$100 co-payment /day	30% co-insurance after deductible	Pre-authorization required. \$500 maximum per confinement for UH Network.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	30% co-insurance after deductible	60 day maximum per year. Lifetime maximum \$10,000.
	Rehabilitation services	\$15 co-payment /visit	30% co-insurance after deductible	Physical therapy 60 visits/year; Occupational therapy 60 visits/year; Speech and hearing therapy 60 visits/year; Pulmonary therapy 20 visits/year; Cardiac rehabilitation therapy 36 visits/year.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	-----None-----
	Skilled nursing care	\$15 co-payment /day	30% co-insurance after deductible	Up to 60 days per condition/year including semi-private room, lab and X-ray.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		UH Network Provider	First Health Network Provider	
	Durable medical equipment	No charge	30% <u>co-insurance</u> after deductible	Prostheses, \$10,000 limit/occurrence; Cochlear implant, \$500/occurrence.
	Hospice services Inpatient	\$100 <u>co-payment</u> /day 5 day max	30% <u>co-insurance</u> after deductible	Lifetime maximum \$10,000.
	Hospice services Outpatient (In-home)	\$50 <u>co-payment</u> /day 10 day max	30% <u>co-insurance</u> after deductible	Lifetime maximum \$10,000.
If your child needs dental or eye care	Eye exam	\$10 <u>co-payment</u> /visit	Not covered	One per year.
	Children's glasses	Varies, \$125 allowance	Not covered	One pair per every 24 months.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	-----None-----

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Artificial insemination
- Weight loss programs
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- In vitro fertilization
- Non-emergency care when traveling Nationwide
- Private-duty nursing

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Hearing aids
- Chiropractic Care
- Infertility treatment
- Long-term care
- Routine eye care
- Routine foot care

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for the agencies are: Community First Health Plans at 1-800-434-2347, or <https://communityfirsthealthcoverage.com/>; the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272, or www.dol.gov/ebsa; or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 X61565, or www.cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Complaint and Appeals Rights: If you have a complaint, call the health plan. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a complaint for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

Community First Health Plans
 Member Services & Resolution Unit
 12238 Silicon Drive, Suite100
 San Antonio, Texas 78249
 Phone: 210.358.6090

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

If you don't have Minimum Essential Coverage for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-434-2347.

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. 1-800-434-2347

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-434-2347 번으로 전화해 주십시오.

Arabic (العربية): برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-800-434-2347

Urdu (اُردُو): 1-800-434-2347 کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو، ہیں بولتے اردو آپ اگر: خبردار

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-434-2347

French (Français): Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-434-2347

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-434-2347

Hindi (हिंदी): ध्यान द: यदि आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-434-2347

Farsi (فارسی): شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات، کنید می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه 1-800-434-2347

German (Deutsch): Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer 1-800-434-2347

Gujarati (ગુજરાતી): યુ ના: જો તમેજરાતી બોલતા હો, તો િન:લુ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટઉપલબ્ધ છ. ફોન કરો 1-800-434-2347

Russian (Русский): Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-434-2347

Japanese (日本語): 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。1-800-434-2347

Lao (ພາສາລາວ): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ມັນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-434-2347

————— *To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.* —————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, co-payments and co-insurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist co-payment \$15
- Hospital co-payment \$100/day
- Other co-insurance \$0

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery professional services
 Childbirth/Delivery facility services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$7,540
---------------------------	----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Co-payments	\$200
Co-insurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$260

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist co-payment \$15
- Hospital co-payment \$100/day
- Other co-insurance \$0

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Co-payments	\$600
Co-insurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$660

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist co-payment \$15
- Hospital co-payment \$100/day
- Other co-insurance \$0

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,720
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Co-payments	\$300
Co-insurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$300



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 210-358-6090 o visite <https://communityfirstcoverage.com/>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-210-358-6090 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 Red UH; \$625 por individuo, \$1,250 por familia. Red First Health, ahora disponible en todo el país.	Vea la tabla empezando en la página 2 para los costos por servicios cubiertos por este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	Usted tendrá que cumplir con el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio. La red de UH no tiene un deducible.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir deducibles por servicios específicos
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$0 Red UH; \$5,000 por individuo, \$10,000 por familia. Red First Health	El límite de gastos de bolsillo 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 gastos de bolsillo hasta que toda la familia cumpla con el límite de gastos de bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Co-pagos 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 gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. El uso de un proveedor de la red UH elimina los deducibles y co-seguro en comparación con la utilización de la red First Health. Consulte https://communityfirstcoverage.com/ o llame al 1-800-434-2347 para obtener una lista de proveedores.	Usted pagará más si utiliza un proveedor de la red First Health, ya que está sujeto a la facturación de saldo, que es la diferencia entre el cargo de los proveedores y lo que paga el plan. Tenga en cuenta que su proveedor de la red First Health podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como exámenes de laboratorio. Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos [subrayados](#) que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	La red UH requiere una referencia de su PCP. No se necesita una referencia para ver a un OBGYN, un proveedor de salud mental o de salud conductual. Usted no necesita una referencia de la red First Health.	La red UH pagará parte o la totalidad de los costos para ver a un <u>especialista</u> para los servicios cubiertos si su <u>PCP</u> obtiene una <u>referencia</u> antes del servicio.

⚠ 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 <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 <u>co-pago</u> /visita	30% <u>co-seguro</u> después del <u>deducible</u>	————Ninguno————
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 <u>co-pago</u> /visita	30% <u>co-seguro</u> después del <u>deducible</u>	————Ninguno————
	<u>Cuidado preventivo/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo	30% <u>co-seguro</u> después del <u>deducible</u>	————Ninguno————
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	30% <u>co-seguro</u> después del <u>deducible</u>	Sólo pacientes ambulatorios
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	30% <u>co-seguro</u> después del <u>deducible</u>	Sólo pacientes ambulatorios

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://communityfirstcoverage.com/	Medicamentos genéricos – Nivel 1	No co-pago	\$20 co-pago /por receta (venta minorista); 30 días \$40 co-pago /por receta (pedido por correo); 90 días	Las recetas que califican para pedidos por correo y son surtidas en las farmacias de University Health, el co-pago es \$0.
	Medicamentos de marca preferidos – Nivel 2	No co-pago	\$40 co-pago /por receta (venta minorista); 30 días \$60 co-pago / por receta (pedido por correo); 90 días	Las recetas que califican para pedidos por correo y son surtidas en las farmacias de University Health, el co-pago es \$0.
	Medicamentos de marca no preferidos o medicamentos especializados – Nivel 3	No co-pago	\$60 co-pago /por receta (venta minorista); 30 días \$100 co-pago /por receta (pedido por correo); 90 días	Las recetas que califican para pedidos por correo y son surtidas en las farmacias de University Health, el co-pago es \$0.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 co-pago /visita	30% co-seguro después del deducible	Se requiere autorización previa si es fuera de UH.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	30% co-seguro después del deducible	Se requiere autorización previa si no es un médico de UH.

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

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 necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$100 co-pago /visita	30% co-seguro después del deducible	Copago de sala de emergencias no se aplica dentro de la red de UH, si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	El plan pagará hasta \$1,500 de lo habitual y acostumbrado	El plan pagará hasta \$1,500 de lo habitual y acostumbrado	Community First pagará los servicios de transporte de emergencia prestados por proveedores no participantes a la tarifa negociada o habitual. Los miembros pueden ser responsables del saldo de los cargos facturados, si hubiera.
	Atención de urgencia	\$20 co-pago /por incidente	30% co-seguro después del deducible	Las clínicas UH Express Med son las únicas instalaciones de atención urgente cubiertas dentro de la red de UH.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 co-pago /día	30% co-seguro después del deducible	Se requiere autorización previa si se encuentra fuera de UH. Se requiere un co-pago por cada día con un máximo de \$500 cada vez que sea internado bajo la red UH.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	30% co-seguro después del deducible	————Ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 co-pago /visita	30% co-seguro después del deducible	————Ninguno————
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 co-pago /día	30% co-seguro después del deducible	Se requiere un co-pago por cada día máximo \$500/por cada admisión bajo la red de UH.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 co-pago /primera visita	30% co-seguro después del deducible	Sin cargo después de la primera visita.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	30% co-seguro después del deducible	————Ninguno————
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 co-pago /día	30% co-seguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Con un máximo de \$500 cada vez que sea internado bajo la red UH.

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	60 días máximo por año. Máximo de por vida \$10,000
	Servicios de rehabilitación	\$15 <u>co-pago</u> /visita	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	Terapia física 60 visitas/año; terapia ocupacional 60 visitas/año; terapia del habla y audición 60 visitas/año; terapia pulmonar 20 visitas/año; terapia de rehabilitación cardíaca 36 visitas/año.
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Atención de enfermería especializada	\$15 <u>co-pago</u> /día	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	Hasta 60 días por condición/año incluyendo habitación semi-privada, laboratorio y rayos X
	Equipo médico duradero	Sin cargo	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	Prótesis, límite \$10,000/acontecimiento; implante coclear, \$500/acontecimiento
	Servicios en un programa de cuidados paliativos pacientes hospitalizados	\$100 <u>co-pago</u> /día (5 días máximo)	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	Máximo de por vida \$10,000.
	Servicios de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios (en el hogar)	\$50 <u>co-pago</u> /día (10 días máximo)	30% <u>co-seguro</u> después del deducible	Máximo de por vida \$10,000.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 <u>co-pago</u> /visita	No está cubierto	Uno por año.
	Anteojos para niños	Varía, subsidio de \$125	No está cubierto	Un par por cada 24 meses.
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	—————Ninguno—————

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"> • Inseminación Artificial • Atención de Acupuntura • Cuidado quiropráctico | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Cuidado dental (Adulto) • Fecundación in vitro | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado no urgente cuando viaja por todo el país • Enfermería Privada • Programas de pérdida de peso |
|--|---|--|

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Cirugía bariátrica
- Aparatos auditivos
- Cuidado quiropráctico

- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo

- Cuidado de rutina de la vista
- Cuidado de rutina de los pies

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Community First Health Plans al 1-800-434-2347 o <https://communityfirstcoverage.com/>; el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272, o www.dol.gov/ebsa; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 X61565, o www.cciio.cms.gov. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar quejas o apelaciones: Si tiene una queja, llame al plan de salud. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con:

Community First Health Plans
Unidad de Resolución y Servicios para Miembros
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, Texas 78249
Phone: 210.358.6090
Web: <https://communityfirstcoverage.com/>

¿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.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

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](#).

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.

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 este [plan](#) cubrir 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](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (establecimiento) \$100/día [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) \$0

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 \$7,540

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$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](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (establecimiento) \$100/día [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) \$0

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 \$5,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$660

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$15
- Hospital (establecimiento) \$100/día [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) \$0

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 \$1,720

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$300

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

Preguntas: Llame al 1-800-434-2347 o visítenos en <https://communityfirstcoverage.com/>. Si no tiene en claro alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://communityfirstcoverage.com/> o llamar al 1-800-434-2347 para pedir una copia.