



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se brindará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o una copia de las condiciones completas de cobertura, ingrese al sitio web visita <https://trs.swhp.org> o llame al 1-800-321-7947. Para conocer las definiciones generales de términos habituales como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#) consulte el glosario [aquí](#).

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	<a href="#">Proveedor de red</a> : \$1,000 por individual / \$3,000 familiar	Por lo general, le corresponde pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagarlos. Si el <a href="#">plan</a> cubre a miembros de su familia, cada uno de ellos deberá alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de cargos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> total familiar.
¿Existen servicios que están cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos elementos y servicios incluso si no ha alcanzado su monto <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se cobre un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">participación de costos</a> y antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> . Consulte la lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en el sitio <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. \$150 <a href="#">deducible</a> farmacia (genéricos excluidos)	Debe cumplir con los <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<a href="#">Proveedor de red</a> : \$7,000 individual/\$14,000 familiar	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si este <a href="#">plan</a> incluye a otros miembros de su familia, se debe alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Los <a href="#">copagos</a> de ciertos servicios, <a href="#">las primas</a> , <a href="#">los cargos de facturación de saldo</a> y otros servicios de atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si recurre a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Consulte el sitio <a href="https://trs.swhp.org">https://trs.swhp.org</a> o llame al 1-800-321-7947 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Los montos que pagará serán menores si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenezca a <a href="#">la red del plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que el <a href="#">proveedor</a> le cobre la diferencia entre los costos del <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga el <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> pueden recurrir a <a href="#">proveedores fuera de la red</a> para la prestación de ciertos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de la prestación de los servicios.

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.trswhp.org>

¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin necesitar una <a href="#">derivación</a> .
---	-----	--

 Todos los [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla corresponden a los montos posteriores a haber alcanzado el [deducible](#), si este fuera aplicable.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que le corresponde pagar a usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el monto inferior)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto superior)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de <a href="#">copago</a> por visita; primera cubierta con \$0 de <a href="#">copago</a> . <a href="#">Deducible</a> no aplica.	Sin cobertura	Es posible que le corresponda pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, revise lo que el <a href="#">plan</a> pagará.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$70 <a href="#">copago</a> por visita; <a href="#">deducible</a> no aplica	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención preventiva/prueba de detección</a> /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	
Si se realiza una prueba	<a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguna

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.tr.swhp.org>

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que le corresponde pagar a usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el monto inferior)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto superior)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Podrá encontrar información adicional acerca de la <a href="https://trs.swhp.org/benefits">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://trs.swhp.org/benefits">https://trs.swhp.org/benefits</a>	Medicamentos genéricos preferidos	<a href="#">Copago</a> de \$5 por suministro de 30 días / por menor <a href="#">Copago</a> de \$12.50 por suministro de 90 días / mantenimiento <a href="#">Deducible</a> no aplica	<a href="#">Copago</a> de \$5 por suministro de 30 días / por menor <a href="#">Copago</a> de \$12.50 por suministro de 90 días / mantenimiento <a href="#">Deducible</a> no aplica	Cada <a href="#">copago</a> corresponde a un suministro de 30 días. Se aplican 2.5 <a href="#">copagos</a> para un suministro de 90 días si se adquiere un medicamento de mantenimiento en farmacias Baylor Scott & White O BIEN al usar el servicio de envío de recetas por correo. Los medicamentos preventivos específicos se cubrirán sin costo para el miembro.
	Medicamentos de marca preferida	30% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	30% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	
	Medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca no preferidos	50% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	50% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	
	<a href="#">Medicamentos especiales</a>	Nivel 1: 15% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia Nivel 2: 15% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia Nivel 3: 25% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	Nivel 1: 15% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia Nivel 2: 15% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia Nivel 3: 25% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a> de farmacia	
<b>Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios</b>	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	<a href="#">Copago</a> de \$150, mas 20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios de médicos y cirujanos	20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$250, mas 20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	<a href="#">Copago</a> de \$250, mas 20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	Si se admite, se renuncia al <a href="#">copago</a> de \$250
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$40, mas 20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	<a href="#">Copago</a> de \$40, mas 20% después de alcanzar el <a href="#">deducible</a>	Si se transporta, se renuncia al <a href="#">copago</a> de \$40
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50 por visita; <a href="#">deducible</a> no aplica	<a href="#">Copago</a> de \$50 por visita; <a href="#">deducible</a> no aplica	Ninguna

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.trswhp.org>

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que le corresponde pagar a usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el monto inferior)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto superior)	
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	<u>Copago</u> * de \$150, mas 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	* <u>Copago</u> máximo de \$ 750 por admisión, luego se aplica el 20%. Para conocer los requisitos y sanciones de autorización previa, consulte <a href="https://trs.swhp.org/tools-and-resources">https://trs.swhp.org/tools-and-resources</a> . Si no se obtiene la Autorización Previa se obtendrá el menor de \$ 500 o 50% de reducción en los beneficios, o denegación en el caso de los servicios de atención médica, que no sean atención de emergencia, proporcionados por un <u>proveedor</u> dentro de la red.
	Honorarios de médicos y cirujanos	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita recibir servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$15 por visita; <u>deducible no aplica</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Pacientes hospitalizados	<u>Copago</u> * de \$150, mas 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	* <u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión, luego se aplica el 20%. Requiere referencia y preautorización.
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	<u>Copago</u> de \$70 por visita <u>deducible no aplica</u>	Sin cobertura	Sin cargo para consultas prenatales; el <u>copago del especialista</u> cubre las consultas posnatales.  Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> , o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio.
	Parto y servicios profesionales relacionados	<u>Copago</u> * de \$150, mas 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	* <u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión, luego se aplica el 20%. Requiere referencia y preautorización.

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.trswhp.org>

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que le corresponde pagar a usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el monto inferior)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto superior)	
	Parto y servicios de los establecimientos relacionados	<u>Copago</u> * de \$150, mas 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	* <u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión, luego se aplica el 20%. Requiere referencia y preautorización.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b>	<u>Atención médica a domicilio</u>	<u>Copago</u> de \$70 por visita; <u>deducible</u> no aplica	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$70 por visita; <u>deducible</u> no aplica	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Copago</u> de \$70 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Copago</u> * de \$150 por día, mas 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	* <u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión, luego se aplica el 20%. Requiere referencia y preautorización.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de un examen por año. Exámenes adultos: <u>copago</u> de \$0
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.tr.swhp.org>

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a> por lo general NO cubre (consulte la póliza o el documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de todos los <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
• Acupuntura	• Tratamiento de la infertilidad	• Atención de rutina de los pies
• Cirugía bariátrica	• Atención a largo plazo	• Programas para la pérdida de peso
• Cirugía estética	• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	• Enfermería privada
• Atención odontológica (niños y adultos)		

<b>Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>		
• <u>Audífonos (Limite de cuesta de un audífono por oreja discapacidad cada 36 meses para miembros cubiertos de 18 años de edad o menores)</u>		
• <u>Terapia manipulativa (límite de 35 visitas por año calendario)</u>		
• <u>Atención de rutina de los ojos (Adulto), (limitado a un examen ocular anual realizado por un oftalmólogo u optometrista de licencia)</u>		

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.tr.swhp.org>

**Su derecho de continuar la cobertura:** existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que esta finaliza. Use la siguiente información para ponerse en contacto con ellas: Scott and White Health Plan: visite <http://www.swhp.org> o llame al 1-800-321-7947; Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados) del Department of Labor (Departamento de Trabajo): visite <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-866-444-EBSA (3272); Centro de información al consumidor del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos): visite <http://www.cciio.com.gov> o llame al 1-877-267-2323 x61565; Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas): visite <http://www.tdi.texas.gov> o llame al 1-800-578-4677. También puede haber otras opciones disponibles para usted, incluida la opción de adquirir un seguro en el Health Insurance [Marketplace](#) (Mercado de seguros de salud). Para obtener más información sobre el [Marketplace](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelación:** existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de los beneficios que recibirá para dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también brindan información detallada sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o un [reclamo](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información acerca de sus derechos o esta notificación, o bien para recibir ayuda comuníquese con los siguientes organismos: Scott and White Health Plan: visite <http://www.swhp.org> o llame al 1-800-321-7947; Employee Benefits Security Administration del Department of Labor: visite <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-866-444-EBSA (3272); Texas Department of Insurance: visite <http://www.tdi.texas.gov> o llame al 1-800-252-3439.

**¿Este plan brinda cobertura esencial mínima? Sí.**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá realizar un pago al presentar su declaración fiscal a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para dicho mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), puede cumplir con los requisitos para obtener un [crédito sobre el impuesto de la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) que adquirirá en el [Marketplace](#).

**Servicios de acceso en otros idiomas:**

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-321-7947.

---

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.*

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la política en <http://www.tr.swhp.org>

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran aquí son solo ejemplos de cómo cubriría este [plan](#) los servicios de atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que recibe, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Fíjese en los montos de [participación de costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que le correspondería pagar a usted según distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en coberturas individuales.

### Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal por parte de un proveedor dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones) \$150 + 20%	
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

#### Ejemplos de costos de atención:

Consultas al especialista (atención prenatal)  
Parto y servicios profesionales relacionados  
Parto y servicios de los establecimientos relacionados  
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)  
Consulta con un especialista (anestesia)

**Costo total del ejemplo**      **\$12,731**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Parte de los costos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$100
<a href="#">Copagos</a>	\$1,400
<a href="#">Coseguro</a>	\$30
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El monto total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,600</b>

### Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una condición bien controlada por parte de un proveedor dentro)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones) \$150 + 20%	
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

#### Ejemplos de costos de atención:

Consultas al médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)  
Exámenes de diagnóstico (análisis de angre)  
Medicamentos recetados  
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

**Costo total del ejemplo**      **\$7,389**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El monto total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,900</b>

### Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias de un proveedor dentro de la red y seguimiento médico)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones) \$150+20%	
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

#### Ejemplos de costos de atención:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)  
Prueba de diagnóstico (radiografía)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

**Costo total del ejemplo**      **\$1,925**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Parte de los costos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$80
<a href="#">Copagos</a>	\$1,400
<a href="#">Coseguro</a>	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El monto total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,500</b>

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

**English:**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

**Spanish:**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Vietnamese:**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, đặc điểm khuynh hướng tính dục, hoặc giới tính.

**Chinese:**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989)。Scott & White Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

**Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로 전화해 주십시오. Scott & White Health Plan 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

**Arabic:**

مقر (1-800-321-7947) مؤيد صتا. ناجمل لكارفاوتتو غللا ندمعلا تامدخن في، تغلا ركنا شحتك اذا: بتطوحم مكللو حصلا فتاه: 1-800-735-2989).  
جزئي Scott & White Health Plan وأ نوللا وأ قرعلا ساسلي لغزيب لاول ليل ومعملا تغلار دفلا تغندما قوقطان زيناوقب سنجلا وأ تقاعلا وأ نسلا وأ ي نطولا لصلأ.

**Urdu:**

لكر ييب ايتس يفت تامدخ كدمي كن بلزوك پآوت، ريپے توبودرا پارگا برادر بخ ريك. (1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989).  
Scott & White Health Plan زيناوقق قوقد ير هشي قافو قلاطا بقول ميعن كعب  
لتر ك پنز ايتملر پداينيكي بخا بيرونعم، رمع، تيموق، گنر، لسند مكيروا

**Tagalog:**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Sumusunod ang Scott & White Health Plan sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

**French:**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS : 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

**Hindi:**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989) पर कॉल करें। Scott & White Health Plan लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार कानून का पालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

**Persian:**

باردين لگيار ترو صدى نايز تالايهست، دينکومو گنگي سراقن ايز بيرگا: هجوت شد  
 ل بشاي م مهال فر (TTY: 1-800-735-2989) دير يگس اماند 1-800-321-7947.  
 Scott & White Health Plan و دنکي مت يعبت هطوبر م لار دفي ندم قوقدن يناوقزا  
 دارفا تيسنج ابي ناوتان، ن س، نيلم تيلصا، تسوپ گنر، داژ نس اسار ري يعبت هنو گچيه  
 نوشي مندل ياق.

**German:**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

**Gujarati:**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો  
 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અશક્તતા  
 અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી.

**Russian:**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

**Japanese:**

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。1-800-321-7947  
 (TTY:1-800-735-2989) まで、お電話にてご連絡ください。Scott & White Health Planは適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。

**Laotian:**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan  
 ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັຖບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານຊື່ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື  
 ເພດ.