

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que lo 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, ingrese al sitio web trs.swhp.org, o llame al 1-844-633-5325. Para definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-844-633-5325 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$950 individual / \$2,850 familiar	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si 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 deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si no ha alcanzado su monto deducible . Sin embargo, es posible que se cobre un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre los servicios preventivos sin participación de costos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el sitio healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Deducible de \$150 por medicamentos recetados por persona	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$7,450 individual / \$14,900 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de bolsillo de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte el sitio trs.swhp.org o llame al 1-844-633-5325 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Los montos que pagará serán menores si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que el proveedor le cobre la diferencia entre los costos del proveedor y el monto que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que los proveedores dentro de la red pueden recurrir a proveedores fuera de la red para la prestación de ciertos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de la prestación de los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesitar una derivación .



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](#).

Evento médico 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	Sin cargo por la primera visita por enfermedad, luego \$20 de copago /visita. Copago de \$0 para dependientes hasta los 18 años. Deducible no se aplica	No cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$70 por visita Deducible no se aplica	No cubierto	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte trs.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-844-633-5325.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% después del deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en trs.swhp.org	Medicamentos preventivos de ACA	Copago de \$0/receta Deducible no se aplica	No cubierto	Los copagos son por suministro de 30 días. Los medicamentos elegibles para mantenimiento están permitidos hasta un suministro de 90 días por 2.5 copagos si se obtienen a través de una farmacia Baylor Scott & White o un proveedor minorista de 90 días o un proveedor de farmacia por correo. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$5/receta Deducible no se aplica	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca	30% después del deducible de medicamentos recetados	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos genéricos / de marca no preferidos	50% después del deducible de medicamentos recetados	No cubierto	

Evento médico 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)	
	Medicamentos especializados	N1: 15% después del <u>deducible</u> de medicamentos recetados N2: 15% después del <u>deducible</u> de medicamentos recetados N3: 25% después del <u>deducible</u> de medicamentos recetados	No cubierto	mantenimiento obtenidos a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa. Solo para 30 días.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$150 más 20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte trs.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-844-633-5325.
	Honorarios del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$500/visita después del <u>deducible</u>	Copago \$500/visita después del <u>deducible</u>	El <u>copago</u> no se aplica si el episodio produce hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte médico de emergencia	<u>Copago</u> de \$40 más 20% después del <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$40 más 20% después del <u>deducible</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$50/visita <u>Deducible</u> no se aplica	<u>Copago</u> de \$50/visita <u>Deducible</u> no se aplica	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$150 por día más 20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	<u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión. Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$20/visita <u>Deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte trs.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-844-633-5325.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$150 por día más 20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	<u>Copago</u> máximo de \$750 por admisión. Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$70 por visita <u>Deducible</u> no se aplica	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La

Evento médico 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)	
				atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Copago de \$750 máximo por admisión. El plan de salud debe ser notificado de la entrega. Si la duración de la estadía para un parto sin complicaciones excede las 48 horas para la vaginal, o 96 horas para la cesárea, se requiere autorización previa . La falta de notificación o autorización previa , cuando sea necesario, puede resultar en una denegación del servicio. Consulte trs.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-844-633-5325.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Copago de \$150 por día más 20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Copago de \$70 por visita <u>Deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$70 por visita <u>Deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de habilitación	Copago de \$70 por visita <u>Deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Cuidado de enfermería especializada	Copago de \$150 por día más 20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Copago máximo de \$750 por admisión. Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Equipo médico duradero	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte trs.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-844-633-5325.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	Limitado a un examen de la vista por año del plan .
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna

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• Cirugía bariátrica• Gafas para niños• Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none">• Atención odontológica (niños y adultos)• Tratamiento de la infertilidad• Atención a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Atención de enfermería privada• Atención de rutina de los pies• Programas para la pérdida de peso |
|---|--|---|

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

- Terapia manipulativa (límite de 35 visitas por año del [plan](#).)
- Audífonos (limitado a Miembros cubiertos hasta los 18 años; limitado a un dispositivo por oído cada 3 años.)
- Atención de rutina de los ojos (Adulto) (limitado a un examen ocular anual realizado por un oftalmólogo u optometrista con licencia)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Scott & White Care Plans, visite swhp.org o llame al 1-844-633-5325; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros de salud](#). Para obtener más información sobre [Marketplace](#), visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Scott & White Care Plans, visite swhp.org o llame al 1-844-633-5325; Departamento de Seguros de Texas, visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-578-4677; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o dol.gov/ebsa/healthreform, Texas Department of Insurance Texas Health Options al 1-800-252-3439 o texashealthoptions.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.

¿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 ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-633-5325.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$950
■ Copago del especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	\$150 + 20%
■ Otros coseguros	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	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Parte de los costos</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$200
Coseguro	\$2,300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3,510

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 deducible general del plan	\$950
■ Copago del especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	\$150 + 20%
■ Otros coseguros	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	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Parte de los costos</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$460
Coseguro	\$1,060
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es	\$2,530

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$950
■ Copago del especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	\$150 + 20%
■ Otros coseguros	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	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Parte de los costos</i>	
Deducibles	\$530
Copagos	\$610
Coseguro	\$130
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,270

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

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Scott & White Care Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott & White Care Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott & White Care Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott & White Care Plans al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott & White Care Plans no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott & White Care Plans, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

