



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 en www.cciio.cms.gov.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$1,000 por individual / \$3,000 familiar	Por lo general, le corresponde pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagarlos. Si el plan cubre a miembros de su familia, cada uno de ellos deberá alcanzar su propio deducible hasta que el monto total de cargos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total familiar.
¿Existen servicios que están cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de 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 ciertos servicios preventivos sin participación de costos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el sitio https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$150 deducible farmacia (genéricos excluidos)	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,550 individual/\$13,100 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si este plan incluye a otros miembros de su familia, se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Los copagos de ciertos servicios, las primas, los cargos de facturación de saldo y otros servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si recurre a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte el sitio https://trs.swhp.org o llame al 1-800-321-7947 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 una derivación para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesitar una derivación .
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

 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 proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$20; primera visita \$0 <u>copago</u>	Sin cobertura	Es posible que le corresponda pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, revise lo que el <u>plan</u> pagará.
	Consulta con un especialista	<u>Copago</u> de \$50	Sin cobertura	
	Atención preventiva/prueba de detección /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (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 <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. El incumplimiento de obtener una autorización previa puede aumentar su costo.

* 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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Podrá encontrar información adicional acerca de la cobertura de medicamentos recetados en https://trs.swhp.org/benefits	Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$5 por suministro de 30 días o al por menor	<u>Copago</u> de \$5 por suministro de 30 días o al por menor	Cada <u>copago</u> corresponde a un suministro de 30 días. Se aplican dos <u>copagos</u> 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. Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el <u>copago</u> de 50% de los cargos. Medicamentos sin formulario: Mayor de \$50 o 50 %; Cantidad de Mantenimiento: Sin cobertura Es posible que se requiera autorización previa. El incumplimiento de obtener una autorización previa puede aumentar su costo.
	Medicamentos de marca preferida	30% después de alcanzar el <u>deducible</u>	30% después de alcanzar el <u>deducible</u>	
	Medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca no preferida y todos los demás medicamentos	50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	
	Medicamentos especializados preferidos	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	
Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20%	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios de médicos y cirujanos	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Si se admite, se renuncia al <u>copago</u> de \$150
	Transporte médico de emergencia	<u>Copago</u> de \$40, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$40, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Si se transporta, se renuncia al <u>copago</u> de \$40

* 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)	
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$55	<u>Copago</u> de \$55	Ninguna
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión, luego se aplica el <u>coseguro</u> de 20%. Consulte el sitio https://trs.swhp.org/tools-and-resources para conocer los requisitos de autorización previa y las sanciones. Si no obtiene la autorización previa, se realizará una reducción en los beneficios de \$500 o del 50 %, el monto que sea menor, o se le denegarán servicios de atención médica, a excepción de la atención de emergencia, a cargo de un proveedor 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 \$20	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión, luego se aplica el <u>coseguro</u> de 20%. Es posible que se requiera autorización previa. El incumplimiento de obtener una autorización previa puede aumentar su costo.
	Pacientes hospitalizados	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	<u>Copago</u> de \$50	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, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión, luego se aplica el <u>coseguro</u> de 20%.

* 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, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. El incumplimiento de obtener una autorización previa puede aumentar su costo.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Atención médica a domicilio	<u>Copago</u> de \$50	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de \$50	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de \$50	Sin cobertura	Ninguna
	Atención de enfermería especializada	<u>Copago</u> de \$150, luego el 20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por admisión, luego se aplica el <u>coseguro</u> de 20%. Se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan por lo general NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de todos los servicios excluidos).		
• 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.	• Artículos de confort personal
• Atención odontológica (niños y adultos)	• Gafas	• Inseminación artificial
Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Atención de rutina de los ojos (Adultos)	• Terapia manipulativa (Limitado a 35 visitas por año calendario, y 5 visitas por mes)	
• Atención de enfermería privada		

* 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 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 deducible general del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$50
■ 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	\$12,731
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$60
Coseguro	\$930
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$150
El monto total que Peg pagaría es	\$2,140

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	\$1,000
■ Copago del especialista	\$50
■ 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	\$7,389
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$300
Coseguro	\$210
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$80
El monto total que Joe pagaría es	\$1,590

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$50
■ 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	\$1,925
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$6
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El monto total que Mia pagaría es	\$1,006

Inglés:

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.

Español:

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.

Vietnamita:

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 dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Chino:

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。

Coreano:

주의: 한국어를사용하시는경우, 언어지원서비스를무료로이용하실수있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로전화해 주십시오. Scott & White Health Plan 은(는) 관련연방공민권법을준수하며인종, 피부색, 출신국가, 연령, 장애또는성별을이유로차별하지않습니다.

Árabe:

تظوظلم: اذا تنك تدهنت ركذا اللغة، نإف تامدخه دعاملا تيوغلا رفاوتت كفن اجملاب. لصتا مقر 1-800-321-7947 (مقر فتاه مصلا مكبلو: 1-800-735-2989).
مزتلي Scott & White Health Plan نيناوقب قوقلا تيندملا تيلاردفلا لومعملا اهبل لاو زيمي لءس اسأ قرعلا وأنوللا وأ لصلأا ينطولا وأنسلا وأ تقاعلا وأ سنجلا.

Urdu:

رادرېخ: رگا پ آ ودر اے تلوب بېن، و تپ آ وک ن ايز ى ک ددم ى ک ت امدخ ت فم ر یم ب ایتسد ى پ . ل ا ک
ى یرک . (TTY: 1-800-735-2989) 1-800-321-7947
Scott & White Health Plan باق ل ق لاطا ى قافو ى ر هشد ق و قد ے ک ن ینا و ق ى ک ل یمعت ا ترک ے پ
روا ه ید ه ک نسل، گنر، قومیت، عمر، ید رو ذعم ا یس نج ى ک د ا یند ر پ ز ا یتما ى یند ا ترک

Tagalo:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-3217947 (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.

Francés:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS: 1-800-7352989). 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, विवकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

Persa:

مطوبر مت يعبتى مدنكو مهار فى مدشابه اب (TTY: 1-800-735-2989) 1-800-321-7947 سامتدير يگب . هجوت: رگا ه بن ابز ى سرافوگتفگ ى مکنید، ت لایهستى نایز ت روصبن اگیار ید اربامشد
لیا قى مندوشه . ه نوگچیه ى ضیعبت ر بس اسانژاد، گنر پوست، ت یلصاملت ى، سن، ى ناوت ا ایت یسنجدار فا Scott & White Health Plan زان ینا و ق و قد ى ندم لاردف

Alemán:

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 સુજરાતી બોલતા હો, તો િન:સુક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટ ઉપલબ્ધ છે. કોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan લાસુ પડતા સમવાયી નાગરક અિધકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને સિત, રગ, રાજીન્ય સૂળ, સમર, અશક્તતા અથવા સલસાગના આધાર સેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી.

Ruso:

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.

Japonés:

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。

Laosiano:

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