



Esta información es solo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o en la documentación del plan en www.swhp.org o llamando al 1-800-321-7947.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$1,000 Individual \$3,000 Familia	Debe pagar todos los costos hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que utiliza. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo empieza de nuevo el <u>deducible</u> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos una vez que alcance el <u>deducible</u> . No aplica a los servicios de cuidado preventivo y medicamentos genéricos.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$100 de deducible para farmacia (excluye medicamentos genéricos).	Usted debe cumplir con todos los costos de estos servicios, hasta el monto <u>deducible</u> específico antes que este plan comience a pagar estos beneficios.
¿Hay un <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> ?	Dentro de la red: \$5,000 Individual \$10,000 Familia	El <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> es el monto máximo que puede pagar durante un período de cobertura (por lo general, un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué se excluye del <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos por saldo facturado y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> .
¿Hay un límite general anual para lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites en lo que el plan pagará por los servicios cubiertos <i>específicos</i> , como consultas.
¿Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, consulte el sitio web www.swhp.org o llame al 1-800-321-7947.	Si utiliza un médico u otro <u>proveedor</u> de salud dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, <u>preferido</u> , o que participan para <u>proveedores</u> dentro de su <u>red</u> . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan les paga a los diferentes tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito una remisión para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin la autorización de este plan.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que no cubre el plan se enumeran en la página 4. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros <u>servicios excluidos</u> .

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.ccjio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.



- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo: \$15) que usted paga por atención médica cubierta, por lo general, cuando recibe el servicio.
- **Coseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan para una estadía en un hospital durante la noche es de \$1,000, el pago de su **coseguro** del 20% será \$200. Esto puede cambiar si no alcanzó su **deducible**.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que el **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una estadía durante la noche y el **monto permitido** es de \$1,000, es posible que deba pagar la diferencia de \$500 (esto se conoce como una **facturación de saldos**).
- Es posible que este plan lo incentive a utilizar **proveedores** participantes al cobrarle montos menores de **deducibles, copagos y coseguros**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si utiliza un proveedor participante	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago	Sin cobertura	*Primera visita de cuidados primarios por enfermedad \$0 de copago (No aplica para visitas de bienestar o preventivas)
	Consulta con un especialista	\$50 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Otra consulta con un profesional en el consultorio	\$20 de copago	Sin cobertura	Asistente médico o enfermera profesional
	Atención preventiva/prueba de detección/inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
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 del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si utiliza un proveedor participante	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en www.tr.swhp.org	Medicamentos genéricos preferidos	\$3 de copago / medicamentos al por menor \$6 de copago / medicamentos de mantenimiento	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta de medicamentos al por menor), hasta un suministro de 90 días (receta de pedido por correo). Deducible anual de \$100; no aplica para medicamentos genéricos.
	Medicamentos de marca preferidos	30% después del deducible por medicamentos al por menor/de mantenimiento	Sin cobertura	Si se envía un medicamento de marca cuando el mantenimiento genérico está disponible, se aplica el 50% de coseguro.
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	50% después del deducible por medicamentos al por menor/de mantenimiento	Sin cobertura	Sin formulario: Por encima de \$50 o 50% luego del deducible por receta. Cantidad de mantenimiento no disponible.
	Medicamentos especializados	20% después del deducible	Sin cobertura	Aplica deducible para recetas. Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa. Suministro de 30 días
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Honorarios del centro (ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	\$150 de copago además del 20% de coseguro	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Honorarios de médicos y cirujanos	20% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$150 de copago además del 20% de coseguro	\$150 de copago además del 20% de coseguro	Se exonera el copago de \$150 si es admitido. La atención en la sala de emergencias OON puede ser cargada como saldo facturado.

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si utiliza un proveedor participante	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Transporte médico de emergencia	\$40 de copago además del 20% de coseguro	\$40 de copago además del 20% de coseguro	Se exonera el copago de \$40 si es transportado.
	Atención de urgencia	\$55 de copago	\$55 de copago	La atención en la sala de emergencias OON puede ser cargada como saldo facturado.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (ej.: habitación del hospital)	\$150 de copago por día*, además del 20% de coseguro	Sin cobertura	*Copago máximo por admisión de \$750, luego aplica 20 %. Se necesita remisión y preautorización.
	Honorarios de médicos y cirujanos	20% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si tiene necesidades de atención psiquiátrica, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes externos	\$20 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes internados	\$150 de copago por día*, además del 20% de coseguro	Sin cobertura	*Copago máximo por admisión de \$750, luego aplica 20 %. Se necesita remisión y preautorización.
	Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos	\$20 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados	\$150 de copago por día*, además del 20% de coseguro	Sin cobertura	*Copago máximo por admisión de \$750, luego aplica 20 %. Se necesita remisión y preautorización.
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	Prenatal: sin cargo. Posnatal: \$20/\$50	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para pacientes internados	\$150 de copago por día*, además del 20% de coseguro	Sin cobertura	*Copago máximo por admisión de \$750, luego aplica 20 %. Se necesita remisión y preautorización.

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si utiliza un proveedor participante	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Atención médica a domicilio	0% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios de rehabilitación	\$50 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios de habilitación	\$50 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Atención de enfermería especializada	\$150 de copago por día*, además del 20% de coseguro	Sin cobertura	*Copago máximo por admisión de \$750, luego aplica 20 %. Se necesita remisión y preautorización.
	Equipo médico duradero	20% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista	Sin cargo / visita	Sin cobertura	Se limitan a un examen por año.
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Control odontológico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención de enfermería privada
- 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.
- Atención de enfermería privada
- Atención de rutina de los pies
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y los costos de estos servicios).

- Fisioterapia manual

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.ccio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Sus derechos de continuar la cobertura:

Si usted pierde la cobertura bajo su plan, entonces, dependiendo de la circunstancias, las leyes Federales y Estatales pueden brindar protección que le permitan mantener su cobertura de salud. Cualquiera de dichos derechos puede ser limitado en el tiempo de duración y se solicitará que pague una prima, la cual será más alta que la prima que pagaba estando en la cobertura de su plan. También se pueden aplicar otras limitaciones en sus derechos para continuar con la cobertura.

Para más información acerca de sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 800-321-7947. También puede comunicarse con departamento de seguros estatal, el ministerio del trabajo de los EE.UU., la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o visite, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov.

Sus derechos de reclamo y apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la negación de cobertura para reclamaciones con su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas al: 800-252-3439. También se puede comunicar con: Scott & White Health Plan al 800-321-7947 para recibir asistencia.

Para obtener asistencia en español, llame al 254-298-3489 durante el horario de 7:00 a.m. a 9:00 p.m.

¿Ofrece esta cobertura una cobertura esencial mínima?

La Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo exige que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan sí brinda cobertura esencial mínima.**

¿Cumple esta cobertura con la norma de valor mínimo?

La Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo establece una norma de valor mínimo para los beneficios del plan de salud. La norma de valor mínimo es del 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple con la norma de valor mínimo para los beneficios que brinda.**

Servicios de acceso en otros idiomas:

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

Para ver ejemplos de cómo este plan cubre los costos para una situación médica de muestra, vea la siguiente página.

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan puede cubrir atención médica en determinadas situaciones. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera puede obtener un paciente de muestra si está cubierto por planes diferentes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular los costos reales en este plan. La atención real que reciba será diferente de estos ejemplos y el costo de esa atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Monto que se les debe a los proveedores: \$7,540
- El plan paga \$5,480
- El paciente paga \$2,060

Costos de atención de muestra:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención de obstetricia de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos con receta	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$900
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$2,060

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una afección médica bien controlada)

- Monto que se les debe a los proveedores: \$5,400
- El plan paga \$3,920
- El paciente paga \$1,480

Costos de atención de muestra:

Medicamentos con receta	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$1,300
Consultas y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$300
Coseguro	\$100
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,480

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.ccio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los costos de atención de muestra se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud.
- La afección del paciente no era una afección excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y finalizaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para cualquier miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de su bolsillo están basados solo en el tratamiento de la afección en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de proveedores dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo los deducibles, copagos y coseguros pueden sumar. También lo ayuda a ver qué gastos podría pagar debido a que el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención?

✗ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que recibiría para esta afección podría ser diferente según el asesoramiento de su médico, su edad, la seriedad de su afección y otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos para una afección real. Son solo para fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según la atención que recibe, los

precios que sus proveedores cobran y el reembolso que su plan de salud permite.

¿Puedo utilizar ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando consulte el Resumen de beneficios y la cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, verifique la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto menor sea el número, mayor será la cobertura que brinde el plan.

¿Hay otros costos que tengo que considerar al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la prima que paga. Por lo general, cuanto menor sea su prima, mayor serán los costos que paga de su bolsillo, como copagos, deducibles y coseguros. También deben tener en cuenta las contribuciones a cuentas, como cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés), arreglos especiales para gastos (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolsos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-800-321-7947 o visítenos en www.tr.swhp.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-321-7947 para solicitar una copia.