

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le 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 bellcounty.swhp.org o llame al 1-800-321-7947. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en ccio.cms.gov o llamar a 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Proveedor de red : \$1,250 individual/ \$2,500 familiar; no se aplica por los servicios de atención preventiva	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.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el 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 healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Proveedor de red : \$3,750 individual/ \$7,500 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 incluye el desembolso máximo ?	Los copagos en 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 un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte el sitio bellcounty.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 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	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que le corresponda pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que el plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Algunos servicios que no están autorizados previamente serán denegados. Consulte swhp.org o Servicio al cliente al 1-800-321-7947.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no estén autorizados previamente.

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)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</p> <p>Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en bellcounty.swhp.org/pharmacy-information.</p>	Medicamentos genéricos preferidos	<p><u>Copago</u> de \$10 por un suministro 30 días / venta al por menor.</p> <p><u>Copago</u> de \$20 por un suministro de 90 días / mantenimiento.</p> <p><u>Deducible</u> no se aplica.</p>	Sin cobertura	<p>Los <u>copagos</u> son por suministro de 30 días. Se aplican 2 <u>copagos</u> para un suministro de 90 días si se obtiene un medicamento de mantenimiento a través de una farmacia Baylor Scott and White O cuando usa el servicio de correo con receta. Los medicamentos preventivos específicos se cubrirán sin costo para el miembro.</p>
	Medicamentos de marcas preferidas	<p><u>Copago</u> de \$40 por un suministro 30 días / venta al por menor. <u>Copago</u> de \$80 por un suministro de 90 días / mantenimiento.</p> <p><u>Deducible</u> no se aplica.</p>	Sin cobertura	

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 genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	Menor de \$100 o 50% por un suministro 30 días / venta al por menor. Menor de \$200 o 50% por un suministro de 90 días / mantenimiento. <u>Deducible</u> no se aplica.	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 1: 10% de los cargos Nivel 2: 20% de los cargos Nivel 3: 30% de los cargos <u>Deducible</u> no se aplica.	Sin cobertura	Ciertos medicamentos de especialidad pueden requerir autorización previa. Suministro de 30 días solamente.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Algunos servicios que no están autorizados previamente serán denegados. Consulte swhp.org o Servicio al cliente al 1-800-321-7947.
	Honorarios del médico/cirujano	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$250 por visita, mas 20% de los cargos.	<u>Copago</u> de \$250 por visita, mas 20% de los cargos.	No se aplica el copago si el episodio produce hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte médico de emergencia	20% después <u>deducible</u>	20% después <u>deducible</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$75 por visita	<u>Copago</u> de \$75 por visita	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no estén autorizados previamente.
	Honorarios del médico/cirujano	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento de plan o política en bellcounty.swhp.org

Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Algunos servicios que no están autorizados previamente serán denegados. Consulte swhp.org o Servicio al cliente al 1-800-321-7947.
	Servicios internos	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no estén autorizados previamente.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica para la atención preventiva. Sin cargo por visitas prenatales; Las visitas postnatales están cubiertas con el copago del especialista.
	Servicios de parto profesionales	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Algunos servicios que no están autorizados previamente serán denegados. Consulte swhp.org o Servicio al cliente al 1-800-321-7947.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Máximo de 20 visitas por año calendario, basado en la necesidad médica; 10 visitas adicionales solo en el hogar.
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Máximo de 20 visitas por año calendario, basado en la necesidad médica; 10 visitas adicionales solo en el hogar.
	Cuidado de enfermería especializada	20% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere precertificación
	Equipo médico duradero	50% después <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$30 por visita	Sin cobertura	Límite de un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento de plan o política en bellcounty.swhp.org

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](#).)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| • Acupuntura | • Tratamiento de la infertilidad | • Atención de enfermería privada |
| • Cirugía bariátrica | • Atención a largo plazo | • Atención de rutina de los pies |
| • Cirugía estética | • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Programas para la pérdida de peso |
| • Atención odontológica (niños y adultos) | | |

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

- Audífonos (limitado a uno por oído cada tres años para miembros cubiertos de 18 años de edad o menores)
- Terapia de manipulación (cuidado quiropráctico) límite de 35 visitas por año calendario
- 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: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Scott & White Care Plans: visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Department of Labor (Departamento de Trabajo): visite dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-866-444-EBSA (3272). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor, visite cciio.com.gov o llame al 1-877-267-2323 x61565; Department of Insurance of Texas, visite tdi.texas.gov, o llame 1-800-578-4677. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Scott & White Care Plans: visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, visite dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 1-866-444-EBSA (3272) Texas Department of Insurance: visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-252-3439.

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

Servicios lingüísticos:

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

—————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 ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la 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	\$1,250
■ Copago del especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	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:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$1,250
<u>Copagos</u>	\$610
<u>Coseguro</u>	\$1,830
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Peg pagaría es	\$3,750

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	\$1,250
■ Copago del especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	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 sangre)
Medicamentos recetados
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,550
<u>Coseguro</u>	\$360
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Joe pagaría es	\$1,970

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,250
■ Copago del especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	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:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$700
<u>Copagos</u>	\$960
<u>Coseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El monto total que Mia pagaría es	\$1,860

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (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>.

Language Assistance/ Asistencia de idiomas



English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

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: 711).

Chinese:

注意: 如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-321-7947(TTY:711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-321-7947-1 (رقم

Urdu:

کریں۔ 1-800-321-7947 (TTY: 711) خیردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

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: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. یا 1-800-321-7947 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 711).

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:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໄປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ກວ່າ ພາສາ ລາວ, ການບໍ່ ຈ່າ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນ ພາສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນ ວິທ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 711).