



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.ers.swhp.org o llamando al (800) 321-7947, TTY (800) 735-2989.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 por persona. | Consulte la tabla que empieza en la página 2 por sus costos de servicios que este plan cubre. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | Sí, un gasto de \$50 por medicamento con receta médica por persona. | Usted debe cumplir con todos los costos de estos servicios, hasta el monto deducible específico antes que este plan comience a pagar estos beneficios. |
| ¿Hay un límite de gastos que paga de su bolsillo ? | Sí, un límite total de \$6,450 de gastos que paga de su bolsillo por persona y un límite total de \$12,900 de gastos que paga de su bolsillo por familia. | El límite de gastos que paga de su bolsillo 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 límite de gastos que paga de su bolsillo ? | Las primas y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo . |
| ¿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 red de proveedores ? | Sí, este plan utiliza redes de proveedores. Para obtener una lista de los proveedores de la red, consulte el sitio web www.ers.swhp.org o llame al (800) 321-7947. | Si utiliza un médico u otro proveedor 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 proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido , o que participan para proveedores dentro de su red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan les paga a los diferentes tipos de proveedores . |
| ¿Necesito una remisión para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista 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 7. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos . |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (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 dentro de la red | 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 | \$25 de copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Consulta con un especialista | \$40 de copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Otra consulta con un profesional en el consultorio | Sin cobertura | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Atención preventiva/prueba de detección/inmunización | Sin cargo | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si se realiza una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Coseguro del 20% | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | \$100 de copago además del 20% de coseguro | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--|-------------------------------------|--|--|---|
| <p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> disponible en www.ers.swhp.org.</p> | Medicamentos genéricos | \$10 de copago (sin mantenimiento) \$10 de copago (mantenimiento), \$30 de copago (pedido por correo o suministro extendido) | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$35 de copago (sin mantenimiento) \$45 de copago (mantenimiento), \$105 de copago (pedido por correo o suministro extendido) | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagará el copago del genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$60 de copago (sin mantenimiento), \$75 de copago (mantenimiento), \$180 de copago (pedido por correo o suministro extendido) | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagará el copago del genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico. |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

Scott & White Health Plan: ERS

Periodo de la póliza: 9/1/2015 – 8/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este plan cubre y los costos

Cobertura para: Todos los individuos cubiertos | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|---|--|--|--|---|
| | Medicamentos especializados | Si se compran en una farmacia, los medicamentos especializados son cubiertos como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos como se indica arriba. De lo contrario, cubiertos como un beneficio médico. | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| Si se realiza una cirugía para pacientes externos | Honorarios del centro (ej.: centro quirúrgico ambulatorio) | \$100 de copago además del 20% de coseguro | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Honorarios de médicos y cirujanos | Coseguro del 20% | 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 | Si es admitido, el copago se aplica al copago como paciente hospitalizado. |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 20% | Coseguro del 20% | -----Ninguna----- |
| | Atención de urgencia | \$50 de copago además del 20% de coseguro | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si lo hospitalizan | Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital) | \$150 /copago de día por admisión además de un coseguro del 20% | Sin cobertura | \$750 máximo de copago por admisión. \$2,250 de copago máximo por plan anual por persona. Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Honorarios de médicos y cirujanos | Coseguro del 20% | Sin cobertura | -----Ninguna----- |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

Scott & White Health Plan: ERS

Periodo de la póliza: 9/1/2015 – 8/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este plan cubre y los costos

Cobertura para: Todos los individuos cubiertos | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--|---|--|--|---|
| Si tiene necesidades de atención psiquiátrica, salud conductual o abuso de sustancias | Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes externos | \$25 de copago | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes internados | \$150 /copago de día por admisión además de un coseguro del 20% | Sin cobertura | \$750 máximo de copago por admisión. \$2,250 de copago máximo por plan anual por persona. Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos | \$25 de copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Servicios de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados | \$150 /copago de día por admisión además de un coseguro del 20% | Sin cobertura | \$750 máximo de copago por admisión. \$2,250 de copago máximo por plan anual por persona. Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| Si está embarazada | Atención prenatal y postnatal | Prenatal: Sin cargo Postnatal: \$25 de copago de proveedor de atención primaria, \$40 de copago de especialista | Sin cobertura | Sin cargo para consultas prenatales o parto con obstetra dentro de la red. |
| | Parto y todos los servicios para pacientes internados | \$150 /copago de día por admisión además de un coseguro del 20% | Sin cobertura | \$750 máximo de copago por admisión. \$2,250 de copago máximo por plan anual por persona. Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

Scott & White Health Plan: ERS

Periodo de la póliza: 9/1/2015 – 8/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este plan cubre y los costos

Cobertura para: Todos los individuos cubiertos | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | 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 | Coseguro del 20% | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Servicios de rehabilitación | 20% sin consulta, \$40 además de 20% de coseguro con consulta. | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Servicios de habilitación | Coseguro del 20% | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Atención de enfermería especializada | Coseguro del 20% | Sin cobertura | Máximo de 60 días por plan anual por persona. Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 20% | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| | Servicios de hospicio | Coseguro del 20% | Sin cobertura | Se puede requerir una autorización previa. Si no logra conseguir una autorización previa puede aumentar el costo. |
| Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica | Examen de la vista | \$40 de copago | Sin cobertura | Límite de un examen de rutina por plan anual por persona. |
| | Anteojos | Sin cobertura | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Control odontológico | Sin cobertura | Sin cobertura | -----Ninguna----- |

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

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
- Inseminación artificial
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Control odontológico
- Anteojos
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Artículos de confort personal.
- 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).

- Audífonos
- Atención de enfermería privada
- Examen de la vista de rutina

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 obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, contacte el plan al (800) 321-7947. También puede comunicarse con su 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 www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.

Sus derechos de reclamo y apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la negación de cobertura con su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse al (800) 321-7947 o visite www.ers.swhp.org.

Para obtener información sobre las compañías, las coberturas, sus derechos o si tiene quejas, puede ponerse en contacto con el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439

Puede escribir a Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax (512) 475-1771
Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov/>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

¿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:

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 (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (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 \$6,060
- El paciente paga \$1,480

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 (con receta médica) | \$50 |
| Copagos (3 días de estadía como paciente hospitalizado) | \$450 |
| Coseguro | \$980 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$1,480 |

Nota: Estas cifras dan por hecho que el paciente está participando en el programa de embarazo. Si usted está embarazada y no dio aviso de su embarazo, el costo puede ser más alto. Para obtener más información llame al (800) 321-7947 o visite www.ers.swhp.org.

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 \$4,640
- El paciente paga \$760

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 (con receta médica) | \$50 |
| Copagos (6 meses de insulina de marca preferida y 4 consultas con un especialista) | \$430 |
| Coseguro | \$280 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$760 |

Nota: Estas cifras dan por hecho que el paciente está participando en el programa de bienestar para diabéticos. Si tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, es posible que sus costos sean más altos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar para la diabetes, llame al (800) 321-7947 o visite www.ers.swhp.org.

Preguntas: Llame al (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (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 (800) 321-7947 para comunicarse con Servicio al Cliente o visitenos en www.ers.swhp.org. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamado al (800) 321-7947 para solicitar una copia.