

 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 kisd.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?	\$1,000 individual / \$2,000 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.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva , la atención de urgencia , las visitas al consultorio, el examen de la vista pediátrico y los medicamentos recetados están cubiertos antes de alcanzar 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 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 ?	\$7,350 individual / \$14,700	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 ?	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 médica ?	Sí. Consulte el sitio kisd.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 \$0 por la primera visita, y después \$35 <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	<u>Copago</u> de \$80 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo <u>Deducible</u> no se aplica.	No cubierto	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Consulte el sitio kisd.swhp.org para conocer los requisitos de autorización previa y las sanciones. Se denegarán algunos servicios que no están preautorizados .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Copago</u> de \$500; <u>deducible</u> no se aplica	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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en kisd.swhp.org .	Medicamentos preventivos de ACA	<u>Copago</u> de \$0. <u>Deducible</u> no se aplica.	No cubierto	Los <u>copagos</u> son por suministro de 30 días. Se aplican dos <u>copagos</u> por un suministro de 90 días si se obtiene un medicamento de mantenimiento a través de una farmacia Baylor Scott & White O cuando se utiliza el servicio de medicamentos recetados por correo. Los medicamentos preventivos específicos estarán cubiertos sin costo para el miembro. Algunos <u>medicamentos especializados</u> pueden requerir autorización previa. Solo para 30 días. Los medicamentos preventivos crónicos no están sujetos a <u>deducible</u> .
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$10 por suministro de 30 días / al por menor <u>Copago</u> de \$20 por suministro de 90 días / mantenimiento; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos de marcas preferidas	<u>Copago</u> de \$45 por suministro de 30 días / al por menor <u>Copago</u> de \$90 por suministro de 90 días / mantenimiento; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos genéricos / de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$90 por suministro de 30 días / al por menor <u>Copago</u> de \$180 por suministro de 90 días / mantenimiento; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Nivel 1 y Nivel 2: 15% de los cargos Nivel 3: 25% de los cargos; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% después <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén <u>preautorizados</u> . Consulte kisd.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-800-321-7947.
	Honorarios del médico/cirujano	20% después <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$500 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	<u>Copago</u> de \$500 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	El <u>copago</u> no se aplica si el episodio produce <u>hospitalización</u> por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte médico de emergencia	20% después <u>deducible</u>	20% después <u>deducible</u>	Ninguna

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 urgencia	<u>Copago</u> de \$75 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	<u>Copago</u> de \$75 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$1,500 por día, máximo 3 días; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Para conocer los requisitos de autorización previa y las sanciones, consulte kisd.swhp.org . Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Honorarios del médico/cirujano	20% después <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$35 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte kisd.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-800-321-7947.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$1,500 por día, máximo 3 días; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$80 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 atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (e.d. ultrasonido). Se denegarán los servicios que no estén preautorizados . Consulte kisd.swhp.org o Servicio al Cliente al 1-800-321-7947.
	Servicios de parto profesionales	20% después <u>deducible</u>	No cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$1,500 por día, máximo 3 días; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% después <u>deducible</u>	No cubierto	Límite de 60 consultas por año del plan . Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de \$80 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Limitado a 35 visitas por año del plan . Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo y trastorno del espectro autista. Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de \$80 por visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Limitado a 35 visitas por año del plan . Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el

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)	
				desarrollo y trastorno del espectro autista. Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Cuidado de enfermería especializada	Copago de \$1,500 por día, máximo 3 días; deducible no se aplica	No cubierto	Límite de 25 días por año del plan . Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Equipo médico duradero	20% después deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que no estén preautorizados .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% después deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que no están preautorizados . Consulte kisd.swhp.org o servicio al cliente a 1-800-321-7947.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$80 por visita; deducible no se aplica	No cubierto	Límite de un examen por año calendario.
	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 • Cirugía estética • Atención odontológica (niños y adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 .)
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico (límite de 35 visitas por año calendario) • Audífonos (Límite de cuesta de un audífono por oreja discapacidad cada 36 meses para miembros cubiertos de 18 años de edad o menores) • 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 de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que también tenga disponibles 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: 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; Texas Department of Insurance: 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 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	\$1,000
■ Copago del especialista	\$80
■ 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	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$600
Coseguro	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Peg pagaría es	\$4,160

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	\$80
■ 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 angre)
Medicamentos recetados
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Joe pagaría es	\$2,760

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$80
■ 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	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$700
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El monto total que Mia pagaría es	\$1,900

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 ອັດຕາ ພາສາ, ໂດຍບໍ່ ຈ່າ ວິໄນ ຈ່າ, ແມ່ນ ມາດຕະການ ທີ່ ບໍ່ ຈ່າ ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 711).