



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 844-633-5325 o visítenos en swhp.org/kisd/kisd. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 844-633-5325 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$500 por miembro / \$1,000 por familia	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cubrir su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. La atención preventiva , los medicamentos recetados y las visitas al consultorio están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No es necesario que cumpla con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$7,350 por miembro / \$14,700 por familia	El límite de desembolso personal es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Si. Visite swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede consultar al especialista que elija sin una remisión .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Adulto: Sin cargo para la primera visita no preventiva, copago de \$35 por visita para visitas posteriores Pediátrico: Sin cargo (De 0 a 18 años) No se aplica deducible	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	Copago de \$50 por visita No se aplica deducible	No cubierto	
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo No se aplica deducible	No cubierto	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo No se aplica deducible	No cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% después del deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://swhp.org/en-us/members/managed-your-plan/pharmacy-information	Medicamentos preventivos ACA	Sin cargo No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Los copagos son por suministro de 30 días. Se permiten medicamentos de mantenimiento hasta un suministro de 90 días por dos copagos si se obtienen a través de una farmacia de Baylor Scott and White o una farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento obtenidos a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Algunos medicamentos de especialidad pueden requerir autorización previa . Solo suministro para 30 días.
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$10 por receta No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$50 por receta No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$90 por receta No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 4: Medicamentos especializados	Nivel 1: 15% de los cargos Nivel 2: 15% de los cargos Nivel 3: 25% de los cargos No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	<u>Copago</u> de \$300 por visita No se aplica <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$300 por visita No se aplica <u>deducible</u>	No se aplica el copago de la sala de emergencias si el episodio resulta en una hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte médico de emergencia	20% después del <u>deducible</u>	20% después del <u>deducible</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$75 por visita No se aplica <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$75 por visita No se aplica <u>deducible</u>	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$35 por visita al consultorio	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$50 por visita No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	El costo compartido no se aplica a la atención preventiva. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	La atención hospitalaria para la madre y el recién nacido en un centro de atención médica está cubierta por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 60 visitas por año del plan . Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de \$50 por visita No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 35 visitas para servicios de rehabilitación y 35 visitas para servicios de habilitación por año del plan . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica. Es posible que no se apliquen límites a las terapias para niños con retrasos en el desarrollo, trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de \$50 por visita No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 35 visitas para servicios de rehabilitación y 35 visitas para servicios de habilitación por año del plan . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica. Es posible que no se apliquen límites a las terapias para niños con retrasos en el desarrollo, trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Atención de enfermería especializada	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 25 días por año del plan . Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Equipo médico duradero	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte swhp.org/kisd o llame al 844-633-5325.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	<u>Copago</u> de \$50 por visita No se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Cirugía cosmética• Atención dental (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad• Atención a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)• Atención de rutina de los pies• Programas para la pérdida de peso |
|---|--|---|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (incluida en los servicios de rehabilitación y los servicios de habilitación) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (limitado a un dispositivo por oído cada 3 años) (limitado a miembros hasta los 18 años) | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada (limitado a 60 visitas por año del plan cuando sea médicamente necesario y esté preautorizado) |
|--|--|---|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es Scott & White Care Plans al 844-633-5325 o [swhp.org](#); Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](#). Es posible que usted también tenga otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](#) o llame al 800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo enviar un [reclamo](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Scott & White Care Plans al 844-633-5325 o [swhp.org](#); La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](#); Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 o [tdi.texas.gov](#).

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 844-633-5325.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialistas copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$2,770
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialistas copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$60

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$1,780
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialistas copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$500
Coseguro	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$1,200
------------------------------------	----------------

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.