




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](http://swhp.org). 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](https://healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 844-633-5325 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$1,250 por miembro / \$2,500 por familia	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto <a href="#">deducible</a> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Si. La <a href="#">atención preventiva</a> y los medicamentos preventivos de la ACA están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un copago o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No	No es necesario que cumpla con <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$3,750 por miembro / \$7,500 por familia	El <a href="#">límite de desembolso</a> personal es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , deben cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite general de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso</a> personal.
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Si. Visite <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la red del <a href="#">plan</a> . Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">remisión</a> .

 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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	<u>Copago</u> de \$30 por visita	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son <a href="#">preventivos</a> . Luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén <a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="#">swhp.org</a> 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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="https://swhp.org/en-us/members/manage-your-plan/pharmacy-information">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://swhp.org/en-us/members/manage-your-plan/pharmacy-information">https://swhp.org/en-us/members/manage-your-plan/pharmacy-information</a>	Medicamentos preventivos ACA	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Los <u>copagos</u> son por suministro de 30 días. Se permiten medicamentos de mantenimiento hasta un suministro de 90 días por 2 <u>copagos</u> 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 <u>medicamentos de especialidad</u> pueden requerir <u>autorización previa</u> . Solo suministro para 30 días.
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$10 por receta, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$40 por receta, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	El menor de \$100 de <u>copago</u> o 50% de los cargos, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> Nivel 1	10% de los cargos, no se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> Nivel 2	20% de los cargos, no se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
<a href="#">Medicamentos especializados</a> Nivel 3	30% de los cargos, no se aplica <u>deducible</u>	No cubierto		
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén <u>autorizados previamente</u> . Consulte <a href="https://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	<u>Copago</u> de \$250 por visita, luego 20% de los cargos; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$250 por visita, luego 20% de los cargos; no se aplica el <u>deducible</u>	No se aplica el <u>copago</u> de la sala de emergencias si el episodio resulta en una <u>hospitalización</u> por la misma afección dentro de las 24 horas.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% después del <u>deducible</u>	20% después del <u>deducible</u>	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<u>Copago</u> de \$75 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$75 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén

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)	
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	<a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén <a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	El costo compartido no se aplica a la atención preventiva. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . 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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 20 visitas para <a href="#">servicios de rehabilitación</a> y 20 visitas para <a href="#">servicios de habilitación</a> por año del <a href="#">plan</a> . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 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 <a href="#">autorización previa</a> y que no estén <a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén <a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén <a href="#">autorizados previamente</a> . Consulte <a href="http://swhp.org">swhp.org</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	No cubierto	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	<u>Copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a un examen de la vista por año del <a href="#">plan</a> .
	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"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental (adultos y niños)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de rutina de los pies</li><li>• Programas para la pérdida de peso</li></ul> |
|---|--|--|

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"><li>• Atención quiropráctica (limitado a 35 visitas por año del <a href="#">plan</a>)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (limitado a un dispositivo por oído cada 3 años) (limitado a miembros hasta los 18 años)</li><li>• Enfermería privada (limitado a 60 visitas por año del <a href="#">plan</a> cuando sea <a href="#">médicamente necesario</a> y esté <a href="#">preautorizado</a>)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención oftalmológica de rutina (limitada a un examen ocular anual realizado por un oftalmólogo u optometrista autorizado)</li></ul> |
|---|--|---|

**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](tel:844-633-5325) o [swhp.org](http://swhp.org); Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al [866-444-EBSA \(3272\)](tel:866-444-EBSA) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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](http://www.HealthCare.gov) o llame al [800-318-2596](tel: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](tel:844-633-5325) o [swhp.org](http://swhp.org); La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al [866-444-EBSA \(3272\)](tel:866-444-EBSA) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); Departamento de Seguros de Texas al [1-800-578-4677](tel:1-800-578-4677) o [tdi.texas.gov](http://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](tel: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](#) \$1,250
- [Especialistas copago](#) \$30
- 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,170</b>

### 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](#) \$1,250
- [Especialistas copago](#) \$30
- 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$1,000
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,820</b>

### Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,250
- [Especialistas copago](#) \$30
- 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>

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