



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se brindará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-572-7238 o visite [https://wacdnstorageprod.blob.core.windows.net/bswhp/PlanDocs/2026/SOB/SWHP\\_2026\\_SHIW6M25\\_MED.pdf](https://wacdnstorageprod.blob.core.windows.net/bswhp/PlanDocs/2026/SOB/SWHP_2026_SHIW6M25_MED.pdf). Para consultar definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término subrayado, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [HealthCare.gov/sbc-glossary](https://HealthCare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-572-7238 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                     | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                     | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                            | \$0 en un <a href="#">proveedor</a> de atención de la salud indígena (IHCP) o con <a href="#">remisión</a> de un IHCP a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP; o \$5,000 por miembro/ \$10,000 por familia                               | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                 | Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> y ciertos <a href="#">medicamentos</a> preventivos están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .                                                                              | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, puede que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Encontrará una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits">HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .                                                                                                     |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                         | No                                                                                                                                                                                                                                             | No tiene que cumplir con los <a href="#">deducibles</a> para los servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | \$8,500 por miembro/ \$17,000 por familia                                                                                                                                                                                                      | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el monto máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Qué se excluye en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?                      | Las <a href="#">primas</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                        | Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                             | Sí. Visite <a href="https://portal.swhp.org/#/search?networkCode=PREM_HMO_INDV">https://portal.swhp.org/#/search?networkCode=PREM_HMO_INDV</a> o llame al 1-855-572-7238 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Debe tener en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar 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="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ? | No         | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">remisión</a> . |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

| Acontecimiento médico común                                                              | Servicios que puede necesitar                                               | Lo que pagará                                                       |                                                                                                                                                                  |                                                             | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                                                             | Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)<br>(pagará menos) | Proveedor participante que no es un IHCP<br>(pagará más)                                                                                                         | Proveedor no participante que no es un IHCP<br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica | Consulta al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo                                                           | Adulto: <a href="#">Copago</a> de \$35 por visita, no se aplica el <a href="#">deducible</a><br>Pediátrico: Sin cargo, no se aplica el <a href="#">deducible</a> | No cubierto                                                 | No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <a href="#">proveedores</a> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). |
|                                                                                          | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                    | Sin cargo                                                           | <a href="#">Copago</a> de \$70 por visita, no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                             | No cubierto                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas</a>          | Sin cargo                                                           | Sin cargo                                                                                                                                                        | No cubierto                                                 | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <a href="#">plan</a> .                                                                                                         |
| Si se le realiza un examen                                                               | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)    | Sin cargo                                                           | <a href="#">Copago</a> del 50% después del <a href="#">deducible</a>                                                                                             | No cubierto                                                 | No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <a href="#">proveedores</a> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). |

| Acontecimiento médico común                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Servicios que puede necesitar                                                                       | Lo que pagará                                                              |                                                                    |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     | <u>Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más)    | <u>Proveedor no participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)                                                               | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y no estén <a href="#">autorizados previamente</a> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Encontrará más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://BSWHealthPlan.com/individuals-families/Pages/Marketplace">BSWHealthPlan.com/individuals-families/Pages/Marketplace</a> . | <u>Medicamentos genéricos</u> (Nivel 1)                                                             | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$20 por receta, no se aplica el <u>deducible</u> | No cubierto                                                        | Los <u>copagos</u> son para un suministro de 30 días. Los <u>medicamentos</u> de mantenimiento están permitidos para un suministro de hasta 90 días por tres (3) <u>copagos</u> si se obtienen a través de una farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los <u>medicamentos</u> que no son de mantenimiento y que se obtienen a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Los <u>medicamentos especializados</u> están limitados a un suministro de 30 días. La insulina recetada incluida en el <a href="#">Formulario</a> tiene un <u>copago</u> máximo de \$25 por <u>medicamento</u> con receta para un suministro de 30 días. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ). Ciertos <u>medicamentos</u> preventivos están cubiertos sin cargo y no están sujetos a la <u>deducible</u> . Los niveles 2 a 4 pueden incluir la marca y <u>medicamentos</u> genéricos. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <u>Medicamentos de marca preferida</u> (Nivel 2)                                                    | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$90 por receta después del <u>deducible</u>      | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <u>Medicamentos de marca no preferida</u> (Nivel 3)                                                 | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$140 por receta después del <u>deducible</u>     | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <u>Medicamentos especializados</u> (y <u>medicamentos</u> contra el cáncer para uso oral) (Nivel 4) | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$500 por receta después del <u>deducible</u>     | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si se le realiza una intervención quirúrgica ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                              | Tarifa del centro (por ejemplo, centro quirúrgico ambulatorio)                                      | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y no estén <a href="#">autorizados previamente</a> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Acontecimiento médico común           | Servicios que puede necesitar                            | Lo que pagará                                                              |                                                                    |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                                                          | <u>Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más)    | <u>Proveedor no participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                       | Honorarios del médico/cirujano                           | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | El <u>copago</u> de la sala de emergencias no se aplica si el episodio tiene como resultado la <u>hospitalización</u> por la misma afección dentro de las 24 horas. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).<br><br>No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ). |
|                                       | <u>Transporte médico de emergencia</u>                   | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                       | <u>Atención de urgencia</u>                              | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$70 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Copago</u> de \$70 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si es hospitalizado                   | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital) | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y no estén <u>autorizados previamente</u> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                       | Honorarios del médico/cirujano                           | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Acontecimiento médico común                                                              | Servicios que puede necesitar       | Lo que pagará                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                     | <u>Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>Proveedor no participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes externos   | Sin cargo                                                                  | Adulto: <u>Copago</u> de \$35 por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> ; <u>copago</u> del 50 % después del <u>deducible</u> para todos los demás servicios para pacientes externos<br>Pediátrico: Sin cargo por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> ; <u>copago</u> del 50% después del <u>deducible</u> para todos los demás servicios para pacientes externos | No cubierto                                                        | Los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y no estén <a href="#">autorizados previamente</a> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                         |
|                                                                                          | Servicios para pacientes internados | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                | Visitas al consultorio              | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No cubierto                                                        | El <u>costo compartido</u> no se aplica a la <u>atención preventiva</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía). No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ). |

| Acontecimiento médico común                                                        | Servicios que puede necesitar                                              | Lo que pagará                                                              |                                                                    |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    |                                                                            | <u>Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más)    | <u>Proveedor no participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                    | Servicios profesionales para nacimiento/ parto                             | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | La atención de internación de la madre y del recién nacido en un centro de atención médica está cubierta durante un plazo mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                    | Servicios profesionales para nacimiento/ servicios de un centro para parto | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Si necesita ayuda en la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica a domicilio</u>                                         | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Se limita a 60 visitas por año calendario. Los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y no estén <u>autorizados previamente</u> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                    | <u>Servicios de rehabilitación</u>                                         | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | No cubierto                                                        | Se limitan a 35 visitas para los <u>servicios de rehabilitación</u> y 35 visitas para los <u>servicios de habilitación</u> por año calendario. El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica. No se aplican límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo o trastorno del espectro autista y los servicios de salud mental. Los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y no estén <u>autorizados previamente</u> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <u>costo compartido</u> en <u>proveedores</u> no IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP. Si un <u>proveedor fuera de la red</u> le cobra más que el <u>monto permitido</u> , es posible que deba pagar la diferencia ( <u>facturación de saldos</u> ). |
|                                                                                    | <u>Servicios de habilitación</u>                                           | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Acontecimiento médico común                         | Servicios que puede necesitar                        | Lo que pagará                                                              |                                                                    |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                                                      | <u>Proveedor de atención de la salud indígena (IHCP)</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más)    | <u>Proveedor no participante que no es un IHCP</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                     | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Se limita a 25 días por año calendario. Los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y no estén <a href="#">autorizados previamente</a> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). |
|                                                     | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        | Los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y no estén <a href="#">autorizados previamente</a> serán denegados. Visite <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 1-855-572-7238. No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ).                                         |
|                                                     | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>     | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> del 50% después del <u>deducible</u>                 | No cubierto                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica | Examen de la vista para niños                        | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$70 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | No cubierto                                                        | Se limita a un examen de la vista por año calendario. No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ).                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                     | Anteojos para niños                                  | Sin cargo                                                                  | <u>Copago</u> de \$70 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | No cubierto                                                        | Se limita a un par de anteojos por año calendario. No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> en <u>proveedores</u> no IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más que el <a href="#">monto permitido</a> , es posible que deba pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldos</a> ).                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                     | Control dental para pacientes pediátricos            | No cubierto                                                                | No cubierto                                                        | No cubierto                                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                                                               |                                                     |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| • Aborto (excepto cuando la vida de la mujer está en peligro) | • Cirugía estética                                  | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. |
| • Acupuntura                                                  | • Atención dental (pacientes adultos y pediátricos) | • Atención oftalmológica de rutina (adultos)                          |
| • Cirugía bariátrica                                          | • Tratamiento de la infertilidad                    | • Atención de los pies de rutina                                      |
|                                                               | • Atención a largo plazo                            | • Programas para la pérdida de peso                                   |

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte la documentación de su [plan](#)).

- |                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Atención quiropráctica (incluida en los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> y los <a href="#">servicios de habilitación</a> ) | • Audífonos (se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años) | • Atención de enfermería privada cuando sea <a href="#">medicamento necesaria</a> y esté <a href="#">autorizada previamente</a> (Se aplican limitaciones cuando se utiliza con el servicio de <a href="#">atención médica a domicilio</a> ) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sus derechos de continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de esas agencias: Baylor Scott & White Health Plan al 1-855-572-7238 o [BSWHealthPlan.com](#); Departamento de Seguros de Texas al 800-578-4677 o [TDI.texas.gov](#); Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [DOL.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa](#). Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [HealthCare.gov](#) o llame al 800-318- 2596.

**Sus derechos de apelaciones y quejas formales:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. La documentación de su [plan](#) también proporciona información completa sobre la manera de presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: Baylor Scott & White Health Plan al 1-855-572-7238 o [BSWHealthPlan.com](#); Departamento de Seguros de Texas al 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](#).

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No corresponde**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios de acceso a idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-572-7238.

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales que deberá pagar serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | \$80    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)                | 50%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 50%     |

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Servicios profesionales para nacimiento/parto

Servicios de un centro para nacimiento/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre y ecografías)

Visita a un [especialista](#) (anestesia)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

| <i>Costo compartido</i>            |            |
|------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$0</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | \$80    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)                | 50%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 50%     |

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

| <i>Costo compartido</i>            |            |
|------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que pagaría Joe es</b> | <b>\$0</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | \$80    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)                | 50%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 50%     |

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#)

(incluye suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

| <i>Costo compartido</i>            |            |
|------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que pagaría Mia es</b> | <b>\$0</b> |

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o con [remisión](#) de un IHCP a un [proveedor](#) que no es IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) que no es IHCP sin una [remisión](#) de un IHCP, sus costos pueden ser mayores.

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

# Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- 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 Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [HPCompliance@BSWHealth.org](mailto:HPCompliance@BSWHealth.org).

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan 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:

Baylor Scott & White Health Plan, 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?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>.

**English:**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Spanish:**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (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 1-844-633-5325 (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 1-844-633-5325 (TTY: 711)。

**Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-633-5325 (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 1-844-633-5325 (رقم 711)

**Urdu:**

کریں (711 TTY: 1-844-633-5325 خبردار: 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 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**French:**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-633-5325 (ATS : 711).

**Hindi:**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-633-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Persian:**

فراهم می باشد. با 1-844-633-5325 (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: 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Gujarati:**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Russian:**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-633-5325 (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。1-844-633-5325 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Laotian:**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-633-5325 (TTY: 711).