



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-855-572-7238 or visit us at http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/2018_Indv_Bronze_SimpleChoice_SOC.pdf. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> or call 1-855-572-7238 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$6,650 member/ \$13,300 family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care , urgent care , office visits and Tier 1 and Tier 2 prescription drugs are covered before you meet your deductible .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other deductibles for specific services?	No	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$7,350 member/ \$14,700 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.FirstCare.com/FindAProvider or call 1-855-572-7238 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No	You can see the specialist you choose without a referral .



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	Adult: \$35 copay /visit Pediatric: No charge (Ages 0-19) Deductible does not apply.	Not covered	None
	Specialist visit	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	
	Preventive care/screening/immunization	No charge Deductible does not apply.	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	40% coinsurance	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	40% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.FirstCare.com	Tier I: Preferred generic drugs	\$0/\$0 copay /prescription (retail & mail order) Deductible does not apply.	Not covered	Covers up to a 30-day supply (retail subscription); 31-90 day supply (mail order prescription).
	Tier II: Generic drugs	\$35/\$105 copay /prescription (retail & mail order) Deductible does not apply.	Not covered	
	Tier III: Preferred brand/generic drugs	35% coinsurance	Not covered	
	Tier IV: Non-preferred brand/generic drugs	40% coinsurance	Not covered	
	Tier V: Specialty drugs	45% coinsurance	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	40% coinsurance	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to www.FirstCare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Physician/surgeon fees	40% coinsurance	Not covered	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	40% coinsurance	40% coinsurance	If services are obtained inside the service area from an out-of-network provider , or if the provider is not an Out-of-Area Wrap Network contracted provider , then the Member may be billed for the balance between billed charges and Non-Participating Provider Reimbursement (NPPR) if payment is made at NPPR.
	Emergency medical transportation	40% coinsurance	40% coinsurance	
	Urgent care	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	40% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Physician/surgeon fees	40% coinsurance	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$35 copay /office visit. Deductible does not apply to office visit. 40% coinsurance for all other services.	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to www.FirstCare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Inpatient services	40% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
If you are pregnant	Office visits	\$35 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	None
	Childbirth/delivery professional services	40% coinsurance	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to www.FirstCare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Childbirth/delivery facility services	40% coinsurance	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	40% coinsurance	Not covered	Limited to 60 visits per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Rehabilitation services	40% coinsurance	Not covered	Limited to 35 visits per plan year for each service. Includes physical therapy, speech therapy, and occupational therapy. Services that are not preauthorized will be denied.
	Habilitation services	40% coinsurance	Not covered	
	Skilled nursing care	40% coinsurance	Not covered	Limited to 25 days per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Durable medical equipment	40% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Hospice services	40% coinsurance	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to www.FirstCare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	40% coinsurance	Not covered	Limited to one eye exam per plan year.
	Children's glasses	40% coinsurance	Not covered	Limited to one pair of glasses per plan year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Abortion (except where the life of the mother would be endangered if the fetus were to be carried to term)
- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult and Child)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Chiropractic care (Limited to 35 visits per plan year)
- Hearing aids (Limited to one device per ear every 3 years)
- Private-duty nursing (Limited to Home Health Care Services)
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies are: Customer Service at 1-855-572-7238 or www.FirstCare.com, Texas Department of Insurance at 1-800-578-4677 or <http://www.tdi.texas.gov/index.html>, Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>, Texas Medicaid Program at 1-800-252-8263 or <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid>, Texas Children's Medicaid (CHIP) at 1-800-647-6558 or <http://chipmedicaid.org/en>. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Customer Service at 1-855-572-7238 or www.FirstCare.com, Texas Department of Insurance Texas Health Options at 1-800-252-3439 or www.texashealthoptions.com.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? **Yes**

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? **Yes**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

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

————— *To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.* —————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$6,650
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,800
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$2,900
Copayments	\$500
Coinsurance	\$4,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$7,460

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$6,650
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,400
Copayments	\$1,500
Coinsurance	\$2,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$6,960

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$6,650
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$1,000
Copayments	\$200
Coinsurance	\$700
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,900

If you, or someone you're helping, has questions about FirstCare Health Plans, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1.800.562.5259).

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de FirstCare Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về FirstCare Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Chinese: 如果您或您正在帮助的人士对第一救护健康计划 (FirstCare Health Plans) 有疑问, 您有权免费获取对应您母语的帮助及信息。联系口译员请拨打1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)。

Korean: 귀하 또는 귀하가 돕는 있는 사람이 FirstCare Health Plans에 문의할 사항이 있는 경우, 귀하의 언어도 무료 지원 및 정보를 받을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하시려면 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

لك الحق، أو لدى أي شخص آخر تساعد، في الحصول على المساعدة والمعلومات أو أي أسئلة بخصوص FirstCare Health Plans. للتحدث مع مترجم بلغتك بدون تكلفة اتصل بالرقم (TTY/TDD 1-800-562-5259) 1-855-572-7238

Urdu:

اگر آپ یا آپ کسی کی مدد کر رہے ہیں، اور سوالات ہیں " FirstCare Health Plans " کے بارے میں، تو یہ آپ کا حق ہے مدد حاصل کرنا اور معلومات حاصل کرنا اپنی زبان میں بغیر کسی قیمت کے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کے لئے کال کریں۔ (TTY/TDD 1-800-562-5259) 1-855-572-7238

Tagalog: Kung mayroon kang, o sinumang tinutulungan mo, mga katanungan tungkol sa FirstCare Health Plans, mayroon kang karapatang humingi ng tulong at impormasyon nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin, tumawag sa 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de FirstCare Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Hindi: यदि आपके, या आप जिन्हें सहायता कर रहे हैं उनके पास FirstCare Health Plans से संबंधित कोई प्रश्न हैं तो आपको अपनी भाषा में बिना किसी शुल्क के सहायता और जानकारी पाने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए यहां कॉल करें 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)

Persian-Farsi:

اگر شما یا شخصی که به او کمک می‌کنید سوالی درباره FirstCare Health Plans داشتید، این حق را دارید تا کمک و اطلاعات را به زبان خود و بدون هیچ هزینه‌ای دریافت کنید. برای صحبت با یک مترجم با شماره 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) تماس حاصل فرمایید.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu FirstCare Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) an.

Gujarati: જો તમને, અથવા કોઈકને તમે મદદ કરી રહ્યા છો, તેને FirstCare Health Plans વિશે પ્રશ્નો હોય તો, તમને નિશ્ચય તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા કોલ કરો: 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Russian: Если вам или лицу, которому вы помогаете, возникнет вопросы по FirstCare Health Plans, то вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Japanese: FirstCare Health Plan についてご質問の場合は、無料でご自分の言語のサポートと情報を得ることができます。1-855-572-7238 (テレタイプライター/聴覚障害者用通信機器 1-800-562-5259) にお電話いただき、通訳者とお話ください。

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ FirstCare Health Plans, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລຳກັບສຳມະເປພາສາ, ກະລຸນາໂທ 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Non-Discrimination Notice

FirstCare Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

We provide free communication aids and services to people with disabilities. We also provide language assistance to people whose primary language is not English.

To receive language or communication assistance please call 1-855-572-7238.

If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, please contact us to file a grievance:

SHA, LLC dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX 78750
Phone: 1-855-572-7238 (*Mon. - Fri., 8 a.m. - 5 p.m. CT*)
TTY /TDD: 1-800-562-5259

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo se repartirán entre usted y el [plan](#) los costos de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [premium](#)) se brindará por separado.

Esto es solo un resumen. Para más información acerca de su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de su cobertura, llame al 1-855-572-7238 o visite nuestra página web http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/2018_Indv_Bronze_SimpleChoice_SOC.pdf. Para encontrar definiciones generales de términos comunes, como [importe permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.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 deducible total?	\$6,650 por miembro/ \$13,300 por familia	En general, usted debe pagar los costos de los proveedores hasta llegar al monto deducible antes de que este plan comience a cubrirlos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe llegar a su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de llegar al deducible ?	Sí. La atención preventiva , la atención de urgencia , las visitas a consultorio y los medicamentos recetados de Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos antes de que haya alcanzado su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya alcanzado el monto deducible . Sin embargo, puede corresponder un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido antes de que usted alcance su deducible . Consulte la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo en este plan ?	\$7,350 por miembro/ \$14,700 por familia	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , deben llegar a su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos de facturación de saldo y la atención médica no cubierta por este plan .	Aunque usted abone estos gastos, los mismos no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.FirstCare.com/FindAProvider o llame al 1-855-572-7238 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesito una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se indican después de que se haya cubierto su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Común Urgencia Médica	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará menos)	Proveedor No Participante (Usted pagará más)	
Si visita un proveedor de atención médica en su consultorio o clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Adultos: \$35 de copago por consulta. Pediatria: Sin cargo (Edades 0-19) No corresponde el deducible .	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$75 de copago por consulta. No corresponde el deducible .	No cubierto	
	Cuidados preventivos/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo No corresponde el deducible .	No cubierto	
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	40% de coseguro	No cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (TC/PET, IRM)	40% de coseguro	No cubierto	Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.

Común Urgencia Médica	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará menos)	Proveedor No Participante (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.FirstCare.com	Nivel I: Medicamentos genéricos con preferencia	\$0/\$0 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde el deducible .	No cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro (receta al por menor); de 31 a 90 días de suministro (envío de medicamentos por correo).
	Nivel II: Medicamentos genéricos	\$35/\$105 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde el deducible .	No cubierto	
	Nivel III: Marcas/medicamentos genéricos preferidos	35% de coseguro	No cubierto	
	Nivel IV: Marcas/medicamentos genéricos sin preferencia	40% de coseguro	No cubierto	
	Nivel V: Medicamentos especializados	45% de coseguro	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Costo del centro de salud (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	40% de coseguro	No cubierto	En algunos casos, los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de coseguro	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% de coseguro	40% de coseguro	Si los servicios que se reciben dentro del área de servicio provienen de un proveedor fuera de la red , o si el proveedor no es un proveedor contratado para Fuera del Área Extendida de la Red , al Socio se le puede facturar el saldo entre los gastos facturados y el Reembolso para Proveedores No Participantes (NPPR, por sus siglas en inglés) si se le paga al NPPR.
	Transporte médico de emergencia	40% de coseguro	40% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$75 de copago por consulta. No corresponde el deducible .	\$75 de copago por consulta. No corresponde el deducible .	

Común Urgencia Médica	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará menos)	Proveedor No Participante (Usted pagará más)	
Si usted necesita ser hospitalizado	Costo del centro de salud (por ejemplo, habitación en un hospital)	40% de coseguro	No cubierto	Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios relacionados con la salud mental, conductual o el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$35 de copago por consulta. El deducible no se aplica a las visitas al consultorio. 40% de coseguro para todos los demás servicios.	No cubierto	En algunos casos, los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios de hospitalización	40% de coseguro	No cubierto	Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	\$35 de copago por consulta. No corresponde el deducible .	No cubierto	Ninguna
	Servicios profesionales para el parto	40% de coseguro	No cubierto	En algunos casos, los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios del establecimiento para el parto	40% de coseguro	No cubierto	

Común Urgencia Médica	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará menos)	Proveedor No Participante (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	40% de coseguro	No cubierto	Limitada a 60 consultas por año del plan . Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de rehabilitación	40% de coseguro	No cubierto	Limitado a 35 consultas por año del plan por cada servicio. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de habilitación	40% de coseguro	No cubierto	Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Atención especializada de enfermería	40% de coseguro	No cubierto	Limitada a 25 días por año del plan . Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Equipo médico duradero	40% de coseguro	No cubierto	Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de cuidados paliativos	40% de coseguro	No cubierto	En algunos casos, los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista del niño	40% de coseguro	No cubierto	Limitado a un examen de la vista por año del plan .
	Anteojos para el niño	40% de coseguro	No cubierto	Limitado a un par de anteojos por año del plan .
	Revisión dental para el niño	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Aborto (excepto cuando la vida de la madre corriera peligro si el feto llegara a término)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Odontología (Adultos y Niños)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de urgencia al viajar fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Estos servicios pueden tener limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Atención quiropráctica (limitada a 35 visitas por año del plan)
- Audífonos (limitados a un dispositivo por oído cada 3 años)
- Enfermería privada (limitada a los Servicios de Atención Médica Domiciliaria)
- Atención oftalmológica de rutina (Adultos)

Sus Derechos Para Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando esta haya finalizado. La información de contacto de esas agencias es: Atención al Cliente llamando al 1-855-572-7238 o en www.FirstCare.com, Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-578-4677 o en <http://www.tdi.texas.gov/index.html>, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>, Programa Medicaid de Texas llamando al 1-800-252-8263 o en <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid>, Medicaid de Texas para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-647-6558 o en <http://chipmedicaid.org/en>. Usted también podría tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su Derecho a Reclamar y a Apelar: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por la negación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso o necesita asistencia, póngase en contacto con: el Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-855-572-7238 o en www.FirstCare.com, Opciones de Salud en Texas del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o en www.texashealthoptions.com.

¿Este plan proporciona una Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con el Valor Estándar Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [Valor Estándar Mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de Acceso a Idiomas:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-572-7238.

— Para acceder a ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de un problema médico planteado a modo de ejemplo, consulte la siguiente sección. —

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son apenas ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, dependiendo de la atención que efectivamente reciba, los precios que establezcan sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de la [distribución de costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y a los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible total del plan	\$6,650
■ Copago del especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otro coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios Profesionales para el Parto
 Servicios del Establecimiento para el Parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Distribución de Costos</i>	
Deducibles	\$2,900
Copagos	\$500
Coseguro	\$4,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total a pagar por Peg sería	\$7,460

Control de la Diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$6,650
■ Copago del especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otro coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo Total del Ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Distribución de Costos</i>	
Deducibles	\$3,400
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$2,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total a pagar por Joe sería	\$6,960

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$6,650
■ Copago del especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otro coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye insumos médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo Total del Ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Distribución de Costos</i>	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total a pagar por Mia sería	\$1,900



If you, or someone you're helping, has questions about FirstCare Health Plans, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1.800.562.5259).

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de FirstCare Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về FirstCare Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Chinese: 如果您或您正在帮助的人士对第一救护健康计划 (FirstCare Health Plans) 有疑问, 您有权免费获取对应您母语的帮助及信息。联系口译员请拨打 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)。

Korean: 귀하 또는 귀하가 돕는 있는 사람이 FirstCare Health Plans 에 문의할 사항이 있는 경우, 귀하의 언어도 무료 지원 및 정보를 받을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하시려면 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic: لك الحق، أو لدى اي شخص آخر تساعد، في الحصول على المساعدة والمعلومات أو اي أسئلة بخصوص FirstCare Health Plans . للتحدث مع مترجم بلغتك بدون تكلفة اتصل بالرقم (TTY/TDD 1-800-562-5259) 1-855-572-7238

Urdu: اگر آپ یا آپ کسی کی مدد کر رہے ہیں، اور سوالات ہیں " FirstCare Health Plans " کے بارے میں، تو یہ آپ کا حق ہے مدد حاصل کرنا اور معلومات حاصل کرنا اپنی زبان میں بغیر کسی قیمت کے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کے لئے کال کریں۔ 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)

Tagalog: Kung mayroon kang, o sinumang tinutulungan mo, mga katanungan tungkol sa FirstCare Health Plans, mayroon kang karapatang humingi ng tulong at impormasyon nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin, tumawag sa 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de FirstCare Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Hindi: यदि आपके, या आप जिन्हें सहायता कर रहे हैं उनके पास FirstCare Health Plans से संबंधित कोई प्रश्न हैं तो आपको अपनी भाषा में बिना किसी शुल्क के सहायता और जानकारी पाने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए यहां कॉल करें 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259)

Persian-Farsi: اگر شما یا شخصی که به او کمک می‌کنید سوالی درباره FirstCare Health Plans داشتید، این حق را دارید تا کمک و اطلاعات را به زبان خود و بدون هیچ هزینه‌ای دریافت کنید. برای صحبت با یک مترجم با شماره 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) تماس حاصل فرمایید.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu FirstCare Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259) an.

Gujarati: જો તમને, અથવા કોઈકને તમે મદદ કરી રહ્યા છો, તેને FirstCare Health Plans વિશે પ્રશ્નો હોય તો, તમને નિશુલ્ક તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા કોલ કરો: 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Russian: Если вам или лицу, которому вы помогаете, возникнет вопросы по FirstCare Health Plans, то вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Japanese: FirstCare Health Plan についてご質問の場合は、無料でご自分の言語のサポートと情報を得ることができます。1-855-572-7238 (テレタイプライター/聴覚障害者用通信機器 1-800-562-5259) にお電話いただき、通訳者とお話してください。

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ FirstCare Health Plans, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລຳກັບສ່າມເປັນພາສາ, ກະລຸນາໂທ 1-855-572-7238 (TTY/TDD 1-800-562-5259).

Aviso de No Discriminación

FirstCare Health Plans cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. FirstCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Proporcionamos asistencia y servicios de comunicación gratuitos a personas con discapacidades. También brindamos asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés.

Para recibir asistencia de comunicación o idioma llame al 1.855.572.7238.

Si usted cree que no hemos proporcionado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, comuníquese con nosotros para presentar una queja:

SHA, LLC que opera como FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX 78750
Teléfono: 1.855.572.7238 (lun - vie, 8 a.m. a 5 p.m. CT)
TTY/TTD: 1.800.562.5259

También puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 1.800.368.1019
TTY/TTD: 1.800.537.7697

Los formularios para quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

Language/Non-Discrimination_Notice
Last Updated: 08182017