



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_Gold_Copay_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 ? | \$0 member/ \$0 family | See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers. |
| Are there services covered before you meet your deductible ? | No | This plan does not have a deductible . |
| 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: \$30 copay /visit Pediatric: No charge (Ages 0-19) | Not covered | None |
| | Specialist visit | \$50 copay /visit | Not covered | |
| | Preventive care/screening/immunization | No charge | 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) | No charge for routine tests during office visit. 20% coinsurance for inpatient/outpatient services. | Not covered | None |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | \$250 copay /test | 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) | Not covered | Covers up to a 30-day supply (retail subscription); 31-90 day supply (mail order prescription). |
| | Tier II: Generic drugs | \$20/\$60 copay /prescription (retail & mail order) | Not covered | |
| | Tier III: Preferred brand/generic drugs | \$50/\$150 copay /prescription (retail & mail order) | Not covered | |
| | Tier IV: Non-preferred brand/generic drugs | \$100/\$300 copay /prescription (retail & mail order) | Not covered | |
| | Tier V: Specialty drugs | 30% coinsurance | Not covered | |
| If you have outpatient surgery | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | \$600 copay | 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 | Included in facility fee | Not covered | |
| If you need immediate medical attention | Emergency room care | \$500 copay /visit | \$500 copay /visit | 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 | \$250 copay /occurrence | \$250 copay /occurrence | |
| | Urgent care | \$50 copay /visit | \$50 copay /visit | |

| 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) | \$700 copay per day not to exceed \$3,500 per stay | Not covered | Services that are not preauthorized will be denied. |
| | Physician/surgeon fees | Included in facility fee | Not covered | |
| If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services | Outpatient services | \$30 copay /office visit. \$600 copay 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 | \$700 copay per day not to exceed \$3,500 per stay | Not covered | Services that are not preauthorized will be denied. |
| If you are pregnant | Office visits | \$30 copay /visit | Not covered | None |
| | Childbirth/delivery professional services | Included in facility fee | 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 | \$700 copay per day not to exceed \$3,500 per stay | 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 | 20% coinsurance | Not covered | Services that are not preauthorized will be denied. |
| | Rehabilitation services | 20% coinsurance | Not covered | Services that are not preauthorized will be denied. |
| | Habilitation services | 20% coinsurance | Not covered | |
| | Skilled nursing care | \$700 copay per day not to exceed \$3,500 per stay | Not covered | Limited to 25 days per plan year. Services that are not preauthorized will be denied. |
| | Durable medical equipment | 20% coinsurance | Not covered | Services that are not preauthorized will be denied. |
| | Hospice services | 20% 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 | No charge Deductible does not apply. | Not covered | Limited to one eye exam per plan year. |
| | Children's glasses | No charge Deductible does not apply. | 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](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) copayment](#) \$2,100
- Other [coinsurance](#) 20%

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:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$2,800 |
| Coinsurance | \$0 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$60 |
| The total Peg would pay is | \$2,860 |

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) copayment](#) \$2,100
- Other [coinsurance](#) 20%

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:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$1,600 |
| Coinsurance | \$300 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$60 |
| The total Joe would pay is | \$1,960 |

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) copayment](#) \$2,100
- Other [coinsurance](#) 20%

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:

| <i>Cost Sharing</i> | |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$900 |
| Coinsurance | \$200 |
| <i>What isn't covered</i> | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The total Mia would pay is | \$1,100 |

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、通訳者とお話してください。

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ FirstCare Health Plans, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລຳ ກັບສຳມາດເປັນພາສາ, 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_Gold_Copay_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? | \$0 por miembro/ \$0 por familia | Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes que está debajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de llegar al deducible ? | No. | Este plan no tiene un deducible . |
| ¿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: \$30 de copago por consulta. Pediatria: Sin cargo (Edades 0-19) | No cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un especialista | \$50 de copago por consulta. | No cubierto | |
| | Cuidados preventivos/pruebas de detección/ vacunas | Sin cargo | No cubierto | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan . |
| Si se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo por exámenes de rutina durante la visita al consultorio. 20% de coseguro por servicios para pacientes internados / ambulatorios. | No cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (TC/PET, IRM) | \$250 de copago por prueba | 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 | <i>Nivel I:</i> Medicamentos genéricos con preferencia | \$0/\$0 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) | No cubierto | Cubre hasta 30 días de suministro (receta al por menor); de 31 a 90 días de suministro (envío de medicamentos por correo). |
| | <i>Nivel II:</i> Medicamentos genéricos | \$20/\$60 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) | No cubierto | |
| | <i>Nivel III:</i> Marcas/medicamentos genéricos preferidos | \$50/\$150 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) | No cubierto | |
| | <i>Nivel IV:</i> Marcas/medicamentos genéricos sin preferencia | \$100/\$300 de copago /por receta (para pedidos minoristas y por correo) | No cubierto | |
| | <i>Nivel V:</i> Medicamentos especializados | 30% de coseguro | No cubierto | |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Costo del centro de salud (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | \$600 de copago | 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 | Incluido en el costo del centro de salud | 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 atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | \$500 de copago por consulta. | \$500 de copago por consulta. | 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 | \$250 de copago por acontecimiento | \$250 de copago por acontecimiento | |
| | Atención de urgencia | \$50 de copago por consulta. | \$50 de copago por consulta. | |
| Si usted necesita ser hospitalizado | Costo del centro de salud (por ejemplo, habitación en un hospital) | \$700 de copago por día, sin exceder de \$3,500 por estadía. | No cubierto | Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Incluido en el costo del centro de salud | No cubierto | |
| Si necesita servicios relacionados con la salud mental, conductual o el abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | \$30 de copago por consulta. \$600 de copago 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. Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Servicios de hospitalización | \$700 de copago por día, sin exceder de \$3,500 por estadía. | No cubierto | |
| Si usted está embarazada | Visitas al consultorio | \$30 de copago por consulta. | No cubierto | Ninguna 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 profesionales para el parto | Incluido en el costo del centro de salud | No cubierto | |
| | Servicios del establecimiento para el parto | \$700 de copago por día, sin exceder de \$3,500 por estadía. | 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 | 20% de coseguro | No cubierto | Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Servicios de rehabilitación | 20% de coseguro | No cubierto | Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Servicios de habilitación | 20% de coseguro | No cubierto | |
| | Atención especializada de enfermería | \$700 de copago por día, sin exceder de \$3,500 por estadía. | No cubierto | Limitada a 25 días por año del plan . Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Equipo médico duradero | 20% de coseguro | No cubierto | Los servicios que no hayan sido autorizados previamente serán denegados. |
| | Servicios de cuidados paliativos | 20% 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 | Sin cargo | No cubierto | Limitado a un examen de la vista por año del plan . |
| | Anteojos para el niño | Sin cargo | 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**.)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto (excepto cuando la vida de la madre corriera peligro si el feto llegara a término)• Acupuntura• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Odontología (Adultos y Niños)• Tratamiento de infertilidad• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• 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.)**

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (limitada a 35 visitas por año del plan)• Audífonos (limitados a un dispositivo por oído cada 3 años) | <ul style="list-style-type: none">• 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 | \$0 |
| ■ Copago del especialista | \$50 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$2,100 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$2,800 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total a pagar por Peg sería | \$2,860 |

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 | \$0 |
| ■ Copago del especialista | \$50 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$2,100 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$1,600 |
| Coseguro | \$300 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total a pagar por Joe sería | \$1,960 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$0 |
| ■ Copago del especialista | \$50 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$2,100 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total a pagar por Mia sería | \$1,100 |