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/2019_Indv_Silver_Coins_BasePlan_3800_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?	$3,800 member/ $7,600 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, pediatric vision services and 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?	$7,900 member/ $15,800 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: Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay: Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
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) Deductible does not apply.	Not covered	None
	Specialist visit	$60 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 needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	30% coinsurance	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	$250 copay/test	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about **prescription drug coverage** is available at http://www.firstcare.com/en/Individuals-and-Families/Marketplace-Plans/Pharmacy-Drugs/Drug-Lists-Benefit-Forms	*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	$20/$60 copay/prescription (retail & mail order) Deductible does not apply.	Not covered	
	Tier III: Preferred brand/generic drugs	$50/$150 copay/prescription (retail & mail order) Deductible does not apply.	Not covered	
	Tier IV: Non-preferred brand/generic drugs	$125/$375 copay/prescription (retail & mail order) Deductible does not apply.	Not covered	
	Tier V: Specialty drugs	40% coinsurance Deductible does not apply.	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay: Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay: Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% 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	30% coinsurance	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 Deductible does not apply.	Not covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Physician/surgeon fees	30% coinsurance	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	$30 copay/office visit. Deductible does not apply to office visit. 30% 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	30% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
If you are pregnant	Office visits	$30 copay/visit Deductible does not apply.	Not covered	None
	Childbirth/delivery professional services	30% 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	30% 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	30% coinsurance	Not covered	Limited to 60 visits per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Rehabilitation services	30% 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	30% coinsurance	Not covered	
	Skilled nursing care	30% coinsurance	Not covered	Limited to 25 days per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Durable medical equipment	30% coinsurance	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Hospice services	30% 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 – Limited to one eye exam per plan year)

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 and 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** — **$3,800**
- **Specialist copayment** — **$60**
- **Hospital (facility) coinsurance** — **30%**
- **Other coinsurance** — **30%**

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	$3,800
Copayments	$700
Coinsurance	$3,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	$60
The total Peg would pay is	**$7,560**

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

- **The plan's overall deductible** — **$3,800**
- **Specialist copayment** — **$60**
- **Hospital (facility) coinsurance** — **30%**
- **Other coinsurance** — **30%**

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	$1,300
Copayments	$1,600
Coinsurance	$600
What isn't covered	
Limits or exclusions	$60
The total Joe would pay is	**$3,560**

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

- **The plan's overall deductible** — **$3,800**
- **Specialist copayment** — **$60**
- **Hospital (facility) coinsurance** — **30%**
- **Other coinsurance** — **30%**

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	$900
Copayments	$800
Coinsurance	$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$1,900**

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

FirstCare HEALTH PLANS

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 اي شخص آخر تساعده، 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 می, 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 (TTY/TDD 1-800-562-5259) 1-855-572-7238 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 રહ્યાં 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、通訳者とお話しください。

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ FirstCare Health Plans, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ລົມກັບລ່າມແປພາສາ, 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

Language/Non-Discrimination_Notice
Last Updated: 08182017

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 **(denominado** prima**) se brindará por separado. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia completa de los términos de su cobertura, llame al 1-855-572-7238 o visítenos en http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/2019 Indv Silver Coins BasePlan 3800 SOC.pdf. Para encontrar definiciones generales de términos comunes, tales 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?	$3,800 por miembro/ $7,600 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 pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. La atención preventiva, la atención de urgencia, las visitas a consultorio, los servicios oftalmológicos pediátricos y los medicamentos recetados 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 un 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?	$7,900 por miembro/ $15,800 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 este plan, deben llegar a su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué 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. Consulte www.FirstCare.com/FindAProvider o llame al 1-855-572-7238 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte a 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 copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de que usted ha alcanzado su deducible, si corresponde un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará: Proveedor Participante (Usted pagará menos)	Lo que Usted Pagará: Proveedor No Participante (Usted pagará más)	Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
Si visita a un proveedor de atención médica en su consultorio o clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Adultos: $30 de copago por consulta Niños: Sin cargo (Edades 0-19) No corresponde el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	$60 de copago por consulta No corresponde deducible.	Sin cobertura	
	Cuidados preventivos/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo No corresponde deducible.	Sin cobertura	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)	30% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (TC/PET, IRM)	$250 de copago por prueba	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** ingrese en http://www.firstcare.com/en/Individuals-and-Families/Marketplace-Plans/Pharmacy-Drugs/Drug-Lists-Benefit-Forms.	*Nivel I:* Medicamentos genéricos preferidos	$0/$0 de copago por medicamento recetado (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde deducible.	Sin cobertura	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	$20/$60 de copago por medicamento recetado (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde deducible.	Sin cobertura	
	Nivel III: Marcas/medicamentos genéricos preferidos	$50/$150 de copago por medicamento recetado (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde deducible.	Sin cobertura	
	Nivel IV: Medicamentos de marca no preferida/genéricos	$125/$375 de copago {0>por <0}medicamento recetado (para pedidos minoristas y por correo) No corresponde deducible.	Sin cobertura	
	Nivel V: Medicamentos de especialidad	40% de coseguro No corresponde deducible.	Sin cobertura	

Evento Médico Común	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 se somete a una cirugía ambulatoria	Costo del centro de salud (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán algunos servicios que no hayan sido previamente autorizados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$500 de copago por consulta	$500 de copago por consulta	Si los servicios se reciben dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, o si el proveedor no es un proveedor contratado que se encuentre Fuera del Área Extendida de la Red, al Miembro 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/acontecimiento	$250 de copago/acontecimiento	
	Atención de urgencia	$50 de copago por consulta No corresponde deducible.	Sin cobertura	
Si usted necesita ser hospitalizado	Costo del centro de salud (por ejemplo, habitación en un hospital)	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios relacionados con la salud mental, conductual o el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$30 de copago por consulta. No corresponde deducible para las visitas al consultorio. 30% de coseguro para todos los demás servicios.	Sin cobertura	Se denegarán algunos servicios que no hayan sido previamente autorizados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios de hospitalización	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	$30 de copago por consulta No corresponde deducible.	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales para el parto	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán algunos servicios que no hayan sido previamente autorizados. Consulte en www.FirstCare.com o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios del establecimiento para el parto	30% de coseguro	Sin cobertura	

Evento Médico Común	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	30% de coseguro	Sin cobertura	Limitado a 60 consultas por año del plan. Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	Sin cobertura	Limitado a 35 consultas por año del plan por cada servicio. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
	Servicios de habilitación	30% de coseguro	Sin cobertura	
	Atención especializada de enfermería	30% de coseguro	Sin cobertura	Limitada a 25 días por año del plan. Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán los servicios que no hayan sido previamente autorizados.
	Servicios de cuidados paliativos	30% de coseguro	Sin cobertura	Se denegarán algunos servicios que no hayan sido previamente autorizados. 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 oftalmológicos para los niños	Sin cargo No corresponde deducible.	Sin cobertura	Limitado a un examen de la vista por año del plan.
	Anteojos para los niños	Sin cargo No corresponde deducible.	Sin cobertura	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 el 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 • Cuidado dental (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 - Limitada a un examen oftalmológico por año del plan)

Sus Derechos a 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 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 podrá 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 denegación 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 que lo ayude 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 ver ejemplos sobre la manera en que 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 solo ejemplos de la manera en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, según 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 parte de los costos que podría pagar en diferentes planes médicos. 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**	**$3,800**
■ **Copago del especialista**	**$60**
■ **Coseguro del hospital (centro)**	**30%**
■ **Otro coseguro**	**30%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:
Visitas al consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para nacimiento/parto
Servicios del centro para nacimiento/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:

Distribución de Costos	
Deducibles	$3,800
Copagos	$700
Coseguro	$3,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total a pagar por Peg sería	**$7,560**

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**	**$3,800**
■ **Copago del especialista**	**$60**
■ **Coseguro del hospital (centro)**	**30%**
■ **Otro coseguro**	**30%**

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:

Distribución de Costos	
Deducibles	$1,300
Copagos	$1,600
Coseguro	$600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total a pagar por Joe sería	**$3,560**

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

■ **El deducible total del plan**	**$3,800**
■ **Copago del especialista**	**$60**
■ **Coseguro del hospital (centro)**	**30%**
■ **Otro coseguro**	**30%**

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:

Distribución de Costos	
Deducibles	$900
Copagos	$800
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total a pagar por Mia sería	**$1,900**

.

El plan será responsable de los otros costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos

FirstCare™

PLANES MÉDICOS

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

Urdu:

اگر آپ یا آپ کسی کی مدد کر رہے ہیں, اور سوالات ہیں" FirstCare Health Plans " کے بارے می, 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 રહ્યાં છો, તેને FirstCare Health Plans વિશે પ્રશ્નો હોય તો, તમને નિશુલ્ક તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા કોલ કરોઃ 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、通訳者とお話しください。

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກໍາລັງຊ່ອຍເຫຼືອ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ FirstCare Health Plans, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ອຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ລົມກັບລ່າມແປພາສາ, 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.

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

SHA, LLC que opera como FirstCare
Atención: Quejas y Apelaciones
12940 N. HWY 183
Austin, TX 78750
Teléfono: 1-855-572-7238 *(lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CT)*
TTY/TDD: 1-800-562-5259

También puede presentar electrónicamente una queja por violación de derechos civiles ante 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/TDD: 1-800-537-7697

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

Aviso de No Discriminación/Idiomas
Última Actualización: 08182017