



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/2020_26539TX0140009_SBC.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 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?	\$7,500 member/ \$15,000 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, ACA preventive drugs and Tier 1 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 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?	\$8,150 member/ \$16,300 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 firstcare.com/en/Find-a-Provider 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: \$0 copay /visit (Age 0 through 18) 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 needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% after deductible	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% after deductible	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://firstcare.com/en/Individuals-and-Families/Marketplace-Plans/Pharmacy-Drugs/Drug-Lists-Benefit-Forms	ACA Preventive Drugs	\$0 copay Deductible does not apply.	Not covered	Copays are per 30-day supply. Maintenance-eligible drugs are allowed up to a 90-day supply for three copays if obtained through a Baylor Scott & White Pharmacy or participating 90-day retail or mail order pharmacy provider . Mail Order: Available for a 1- to 90-day supply. Non-maintenance drugs obtained through mail order are limited to a 30- to 34-day supply maximum. Some Specialty drugs may require prior authorization. 30-day supply only.
	Tier 1: Generic Drugs	\$25 copay Deductible does not apply.	Not covered	
	Tier 2: Preferred Brand Name Drugs	\$55 copay after deductible	Not covered	
	Tier 3: Non-Preferred Brand Name Drugs	\$150 copay after deductible	Not covered	
	Tier 4: Specialty Drugs and Oral Chemotherapy Drugs	\$500 copay after deductible	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% after deductible	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Physician/surgeon fees	20% after deductible	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 immediate medical attention	Emergency room care	20% after deductible	20% after deductible	Emergency Room copay waived if episode results in hospitalization for the same condition within 24 hours. If services are obtained inside the service area from an out-of-network 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	20% after deductible	20% after deductible	
	Urgent care	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% after deductible	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Physician/surgeon fees	20% after deductible	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$30 copay /visit Deductible does not apply. 20% after deductible for all other services.	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Inpatient services	20% after deductible	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
If you are pregnant	Office visits	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	Cost sharing does not apply for preventive services . Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	20% after deductible	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
	Childbirth/delivery facility services	20% after deductible	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% after deductible	Not covered	Limited to 60 visits per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Rehabilitation services	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	Limited to 35 combined visits per plan year for physical therapy, speech therapy, and occupational therapy, and chiropractic services. Limits may not apply for Therapies for Children with Developmental Delays and Autism Spectrum Disorder. Services that are not preauthorized will be denied.
	Habilitation services	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	
	Skilled nursing care	20% after deductible	Not covered	Limited to 25 days per plan year. Services that are not preauthorized will be denied.
	Durable medical equipment	20% after deductible	Not covered	Services that are not preauthorized will be denied.
	Hospice services	20% after deductible	Not covered	Some services that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or Customer Service at 1-855-572-7238.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$75 copay /visit Deductible does not apply.	Not covered	Limited to one eye exam per plan year.
	Children's glasses	\$75 copay per pair 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) | • Cosmetic surgery | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. |
| • Acupuncture | • Dental care (Adult and Child) | • Routine eye care (Adult) |
| • Bariatric surgery | • Infertility treatment | • Routine foot care |
| | • Long-term 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 (Included in Rehabilitation and Habilitation Services) | • Private-duty nursing (Limited to Home Health Care Services) |
| • Hearing aids (Limited to one device per ear every 3 years) | |

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 is: FirstCare Health Plans, visit [firstcare.com](#), or call 1-855-572-7238; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [dol.gov/ebsa/healthreform](#). Texas Medicaid Program at 1-800-252-8263 or [hhsc.state.tx.us/medicaid](#); Texas Children's Medicaid and CHIP at 1-800-647-6558 or [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 [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: FirstCare Health Plans, visit [firstcare.com](#), or call 1-855-572-7238; Texas Department of Insurance, visit [tdi.texas.gov](#) or call 1-800-578-4677; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [dol.gov/ebsa/healthreform](#), Texas Department of Insurance Texas Health Options at 1-800-252-3439 or [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	\$7,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ 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:

Cost Sharing	
Deductibles	\$5,100
Copayments	\$1,100
Coinsurance	\$2,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$8,260

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$7,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ 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:

Cost Sharing	
Deductibles	\$4,000
Copayments	\$1,600
Coinsurance	\$400
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$6,060

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$7,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ 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:

Cost Sharing	
Deductibles	\$1,400
Copayments	\$500
Coinsurance	\$0
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.

Note: These numbers assume the patient received care from an IHCP provider or with IHCP [referral](#) at a non-IHCP.

If you receive care from a non-IHCP without a [referral](#) from an IHCP your costs may be higher.



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 711).

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 711).

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 711).

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 711)。

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 711) 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 1-855-572-7238 (TTY/TDD 711)

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 (711 TTY/TDD))

Tagalog: Kung mayroon kang, o sinumang tinutulongan 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 711)

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 711).

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 711)

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 711) 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 711) 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/TTD 711).

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 711).



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 711）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. ເພື່ອໂອ້ນລັບກັບລ່າມແປພາສາ, ກະລຸນາໂທ 1-855-572-7238 (TTY/TDD 711).



Non-Discrimination Notice

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Written information in other formats (large print and accessible electronic formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Compliance Officer at 1-214-820-8888 or send an email to SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

If you believe that FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Compliance HelpLine; 1-888-484-6977 or <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

You can file a grievance in person or by mail, online, or email. If you need help filing a grievance, the Compliance Officer is available to help you.

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/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Southwest Life & Health Insurance Company is a wholly owned subsidiary of SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans. PPO plans are offered by Southwest Life & Health Insurance Company. HMO, Medicaid and Medicare plans are offered by SHA, LLC.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se brindará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-572-7238 o visite http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/2020_26539TX0140009_SBC.pdf. Para consultar definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro término [subrayado](#), consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-572-7238 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$7,500 por miembro/\$15,000 por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva , la atención de urgencia , las consultas en el consultorio, los servicios oftalmológicos pediátricos, los medicamentos preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y los medicamentos con receta de Nivel 1 están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible . Pero es posible que se apliquen un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido antes de que alcance su deducible . Encontrará una lista de los servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no debe alcanzar deducibles para los servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo para este plan ?	\$8,150 por miembro/\$16,300 por familia	El límite de gastos que paga de su bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos que paga de su bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos que paga de su bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite firstcare.com/en/Find-a-Provider o llame al 1-855-572-7238 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red de proveedores . Pagará más si usa 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 de saldos). Debe tener en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesito una remisión para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una remisión .



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

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si consulta a un proveedor de atención médica en el consultorio o la clínica	Consulta al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Adultos: copago de \$30 por consulta Niños: copago de \$0 por consulta (de 0 a 18 años) No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Sin cobertura	
	Atención preventiva/pruebas de detección /inmunizaciones	Sin cargo No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan .
Si se le realiza un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20 % después del deducible	Sin cobertura	Algunos servicios que no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20 % después del deducible	Sin cobertura	Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos con receta en http://firstcare.com/en/Individuals-and-Families/Marketplace-Plans/Pharmacy-Drugs/Drug-Lists-Benefit-Forms	Medicamentos preventivos ACA	Copago de \$0 No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Los copagos son por un suministro para 30 días. Los medicamentos de mantenimiento elegibles están permitidos para un suministro de hasta 90 días por tres copagos si se obtienen a través de una farmacia de Baylor Scott & White o un proveedor de farmacia minorista o de pedidos por correo participante para suministros para 90 días. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento y que se obtienen a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 a 34 días. Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa. Suministro para 30 días únicamente.
	Nivel 1: medicamentos genéricos	Copago de \$25 No se aplica el deducible .	Sin cobertura	
	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$55 después del deducible .	Sin cobertura	
	Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$150 después del deducible .	Sin cobertura	
	Nivel 4: medicamentos especializados y medicamentos de quimioterapia orales	Copago de \$500 después del deducible .	Sin cobertura	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro quirúrgico ambulatorio)	20 % después del deducible	Sin cobertura	Algunos servicios que no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % después del deducible	20 % después del deducible	El copago de la sala de emergencias no se aplica si el episodio tiene como resultado la hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas. Si los servicios se obtienen dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red , el miembro puede recibir una factura por el saldo entre los cargos facturados y el reembolso del proveedor no participante (NPPR) si el pago se realiza con el NPPR.
	Transporte médico de emergencia	20 % después del deducible	20 % después del deducible	
	Atención de urgencia	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	
Si tiene una hospitalización	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	20 % después del deducible	Sin cobertura	Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
	Honorarios del médico/cirujano	20 % después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$30 por consulta No se aplica el deducible . 20 % después del deducible para todos los demás servicios.	Sin cobertura	Algunos servicios que no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios para pacientes internados	20 % después del deducible	Sin cobertura	Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago , un coseguro o un deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	20 % después del deducible	Sin cobertura	Algunos servicios que no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.
	Servicios de un centro para nacimiento/parto	20 % después del deducible	Sin cobertura	

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si necesita ayuda en la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	20 % después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 60 consultas por año del plan . Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Se limitan a 35 consultas por año del plan para fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y servicios de quiropráctica. Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo y trastorno del espectro autista. Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de habilitación	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
	Atención de enfermería especializada	20 % después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 25 días por año del plan . Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
	Equipo médico duradero	20 % después del deducible	Sin cobertura	Los servicios que no estén autorizados previamente serán denegados.
	Servicios de hospicio	20 % después del deducible	Sin cobertura	Algunos servicios que no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Copago de \$75 por consulta No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Se limita a un examen de la vista por año del plan .
	Anteojos para niños	Copago de \$75 por par No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Se limita a un par de anteojos por año del plan .
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--|---|---|
| • Aborto (excepto cuando la vida de la madre estaría en peligro si el embarazo se llevara a término) | • Cirugía estética | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| • Acupuntura | • Atención odontológica (adultos y niños) | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de la infertilidad | • Atención de los pies de rutina |
| | • Atención a largo plazo | • Programas para la pérdida de peso |

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

- | | |
|---|--|
| • Atención quiropráctica (incluida en servicios de rehabilitación y servicios de habilitación) | • Atención de enfermería privada (se limita a servicios de atención médica a domicilio) |
| • Audífonos (se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años) | |

Sus derechos de continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de esas agencias: FirstCare Health Plans, visite firstcare.com o llame al 1-855-572-7238; Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo, llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite dol.gov/ebsa/healthreform. Programa de Medicaid de Texas, llame al 1-800-252-8263 o visite hsc.state.tx.us/medicaid; Medicaid para niños de Texas y CHIP, llame al 1-800-647-6558 o visite chipmedicaid.org/en. Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Derechos de apelaciones y quejas: hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha [reclamación](#) médica. La documentación de su [plan](#) también proporciona información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o un [reclamo](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: FirstCare Health Plans, visite firstcare.com o llame al 1-855-572-7238; Departamento de Seguros de Texas, visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-578-4677; Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo, llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite dol.gov/ebsa/healthreform; Texas Health Options del Departamento de Seguros de Texas, llame al 1-800-252-3439 o visite texashealthoptions.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para recibir una excepción al requisito de que debe tener cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí.

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

Servicios de acceso a idiomas:

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

—————Para ver casos de cómo este [plan](#) puede cubrir costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



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

Peg tendrá un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$7,500
■ Copago de un especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Consultas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de un centro para nacimiento/parto
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre y ecografías*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$5,100
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría un total de	\$8,260

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 general del plan	\$7,500
■ Copago de un especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Consultas al médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$4,000
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Joe pagaría un total de	\$6,060

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$7,500
■ Copago de un especialista	\$75
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,400
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría un total de	\$1,900

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

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un proveedor de IHCP o con una [remisión](#) de IHCP de un proveedor que no pertenece a IHCP.

Si recibe atención de un proveedor que no pertenece a IHCP sin una [remisión](#) de un proveedor de IHCP, sus costos pueden ser mayores.

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 1-800-562-5259).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d / b / a FirstCare Health Plans. Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.

FC_NondiscriminationNotice08/2019-SP