



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 855-572-7238 or visit us at http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/FC_2021_SHIF1M35_MED.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 855-572-7238 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0 per member / \$0 per family	See the Common Medical Events chart below for your cost for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and ACA preventive drugs are covered before you meet your deductible .	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 ?	\$8,550 per member / \$17,100 per 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 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 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: \$40 copayment per visit Pediatric: No charge (Age 0 through 18)	Not covered	None
	Specialist visit	\$80 copayment per visit	Not covered	
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	
If you have a test	Diagnostic test (X-ray, blood work)	\$125 copayment per visit for X-rays, \$55 copayment per visit for Labs	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$250 copayment per visit	Not covered	Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Rx/Rx_2021	ACA preventive drugs	No charge	Not covered	Copayments are per 30-day supply. Maintenance drugs are allowed up to a 90-day supply for three (3) copayments if obtained through a Baylor Scott and White Pharmacy or participating pharmacy. Mail Order: Available for a 1- to 90-day supply. Non-maintenance drugs obtained through mail order are limited to a 30-
	Tier 1: Generic drugs	\$15 copayment per prescription	Not covered	
	Tier 2: Preferred brand drugs	\$55 copayment per prescription	Not covered	
	Tier 3: Non-preferred drugs	\$150 copayment per prescription	Not covered	

* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [firstcare.com](#).

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)	
EHB_Formulary.pdf	Tier 4: Specialty drugs and oral anticancer medications	\$500 <u>copayment</u> per prescription	Not covered	day supply maximum. Some specialty drugs may require preauthorization . 30-day supply only.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$500 <u>copayment</u> per visit	Not covered	Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
	Physician/surgeon fees	\$250 <u>copayment</u> per visit	Not covered	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$750 <u>copayment</u> per visit	\$750 <u>copayment</u> per visit	Emergency room <u>copayment</u> waived if episode results in hospitalization for the same condition within 24 hours.
	Emergency medical transportation	\$750 <u>copayment</u> per service	\$750 <u>copayment</u> per service	
	Urgent care	\$80 <u>copayment</u> per visit	\$80 <u>copayment</u> per visit	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$800 <u>copayment</u> per day, not to exceed \$4,000	Not covered	Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
	Physician/surgeon fees	Included in Facility Fee	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$40 <u>copayment</u> per office visit, \$500 <u>copayment</u> per visit for all other outpatient services	Not covered	Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
	Inpatient services	\$800 <u>copayment</u> per day, not to exceed \$4,000	Not covered	

* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [firstcare.com](#).

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 are pregnant	Office visits	\$40 <u>copayment</u> per visit	Not covered	<p><u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive care</u>. Depending on the type of services, a <u>copayment</u>, <u>coinsurance</u>, or <u>deductible</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).</p> <p>Inpatient care for the mother and newborn child in a health care facility is covered for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarean section.</p>
	Childbirth/delivery professional services	Included in Facility Fee	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services	\$1,000 <u>copayment</u>	Not covered	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	10%	Not covered	Limited to 60 visits per <u>plan</u> year. Services requiring <u>preauthorization</u> that are not <u>preauthorized</u> will be denied. Refer to <u>firstcare.com</u> or call 855-572-7238.
	<u>Rehabilitation services</u>	\$40 <u>copayment</u> per visit	Not covered	<p>Limited to 35 visits for <u>rehabilitation services</u> and 35 visits for <u>habilitation services</u> per <u>plan</u> year. Limit is combined for physical therapy, occupational therapy, speech therapy, and, and chiropractic care. Limits may not apply for therapies for children with developmental delays, autism spectrum disorder and mental health services. Services requiring <u>preauthorization</u> that are not <u>preauthorized</u> will be denied. Refer to <u>firstcare.com</u> or call 855-572-7238.</p>
	<u>Habilitation services</u>	\$40 <u>copayment</u> per visit	Not covered	

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at firstcare.com.

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)	
	Skilled nursing care	\$500 <u>copayment</u> per day	Not covered	Limited to 25 days per plan year. Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
	Durable medical equipment	10%	Not covered	Services requiring preauthorization that are not preauthorized will be denied. Refer to firstcare.com or call 855-572-7238.
	Hospice services	10%	Not covered	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$80 <u>copayment</u> per visit	Not covered	Limited to one eye exam per plan year.
	Children's glasses	\$80 <u>copayment</u> per pair	Not covered	Limited to one pair of glasses per plan year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [firstcare.com](#).

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 in cases of rape, incest, or when the life of the mother is endangered)
- 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 eye care (Adult)
- 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 (Included in [Rehabilitation Services](#) and [Habilitation Services](#))
- Hearing aids (Limited to one device per ear every 3 years)
- Private duty nursing (Limited to 60 visits per [plan](#) year when [medically necessary](#) and [preauthorized](#))

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 at 855-572-7238 or [firstcare.com](#); Texas Department of Insurance at 800-578-4677 or [tdi.texas.gov](#); Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 866-444-EBSA (3272) or [dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa](#). 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 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 on how 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 at 855-572-7238 or [firstcare.com](#); Texas Department of Insurance at 1-800-578-4677 or [tdi.texas.gov](#).

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

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 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	\$80
■ Hospital (facility) copayment	\$1,000
■ Other coinsurance	10%

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	\$12,700
---------------------------	-----------------

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	\$80
■ Hospital (facility) copayment	\$800
■ Other coinsurance	10%

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	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$1,500
Coinsurance	\$80
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,600

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$80
■ Hospital (facility) copayment	\$800
■ Other coinsurance	10%

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	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$2,200
Coinsurance	\$20
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$40
The total Mia would pay is	\$2,260

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Nondiscrimination 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 (a wholly owned subsidiary of Scott and White Health Plan). PPO plans are offered by Southwest Life & Health Insurance Company. HMO, Medicaid and Medicare plans are offered by SHA, LLC.

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

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Chinese: 注意:如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-884-4901 (TTY:711)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-884-4901 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic: يرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-800-884-4901 (رقم الهاتف المخصص للصم وضعاف السمع: 711).

Urdu: کریں۔ (1-800-884-4901 (TTY: 711) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-884-4901 (TTY: 711).

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-884-4901 (ATS : 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-884-4901 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian: فراهم می باشد. با 1-800-884-4901 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-884-4901 (телетайп: 711).

Japanese: 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-884-4901 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。


Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Southwest Life & Health Insurance Company is a wholly owned subsidiary of SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (a wholly owned subsidiary of Scott and White Health Plan). 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) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se brindará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 855-572-7238 o visite http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Marketplace/FC_2021_SHIF1M35_MED.pdf. Para consultar definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término [subrayado](#), consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 855-572-7238 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 por miembro/\$0 por familia	Consulte la tabla de Acontecimientos médicos comunes más abajo para ver los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los medicamentos preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan no tiene deducible.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para los servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$8,550 por miembro/\$17,100 por familia	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué se excluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Las Primas y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite firstcare.com/en/Find-a-Provider o llame al 855-572-7238.	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . 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.
¿Necesita una remisión para ver 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 visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Pacientes adultos: Copago de \$40 por visita Pacientes pediátricos: Sin cargo (de 0 a 18 años)	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	Copago de \$80 por visita	Sin cobertura	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	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	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Copago de \$125 por visita para radiografías, copago de \$55 por visita para análisis de laboratorio	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)	Copago de \$250 por visita	Sin cobertura	Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos	Medicamentos preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA)	Sin cargo	Sin cobertura	Los Copagos son para un suministro de 30 días. Los medicamentos de mantenimiento están permitidos para un suministro de hasta 90 días por tres (3) copagos si se obtienen a través de una farmacia de Baylor Scott & White o de una farmacia participante. Pedido por
	Nivel 1: Medicamentos genéricos	Copago de \$15 por receta	Sin cobertura	
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$55 por receta	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte el [plan](#) o la documentación de la póliza en [firstcare.com](#).

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)	
recetados en http://www.firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Rx/Rx_2021_EHB_Formulary.pdf .	Nivel 3: Medicamentos no preferidos	Copago de \$150 por receta	Sin cobertura	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 días. Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa . Suministro de 30 días únicamente.
	Nivel 4: Medicamentos especializados y medicamentos contra el cáncer para uso oral	Copago de \$500 por receta	Sin cobertura	
Si se le realiza una intervención quirúrgica ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Copago de \$500 por visita	Sin cobertura	Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$250 por visita	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$750 por visita	Copago de \$750 por visita	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.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$750 por servicio	Copago de \$750 por servicio	
	Atención de urgencia	Copago de \$80 por visita	Copago de \$80 por visita	
Si tiene una hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$800 por día, no deberá exceder los \$4,000	Sin cobertura	Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del Centro	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 servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Copago de \$40 por visita al consultorio, copago de \$500 por visita para otros servicios para pacientes externos	Sin cobertura	Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Servicios para pacientes internados	Copago de \$800 por día, no deberá exceder los \$4,000	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$40 por visita	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a la atención preventiva . 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). La atención de internación de la madre y del recién nacido en un centro de atención médica está cubierta durante un plazo mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
	Servicios profesionales para nacimiento/parto	Incluido en la tarifa del Centro	Sin cobertura	
	Servicios de un centro para nacimiento/parto	Copago de \$800 por día, no deberá exceder los \$4,000	Sin cobertura	
Si necesita ayuda en la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	10%	Sin cobertura	Se limita a 60 visitas por año del plan . Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238. Se limitan a 35 visitas para los servicios de rehabilitación y 35 visitas
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$40 por visita	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)	
	Servicios de habilitación	Copago de \$40 por visita	Sin cobertura	para los servicios de habilitación por año del plan . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica. Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo, trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Atención de enfermería especializada	Copago de \$500 por día	Sin cobertura	Se limita a 25 días por año del plan . Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Equipo médico duradero	10%	Sin cobertura	Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite firstcare.com o llame al 855-572-7238.
	Servicios de cuidados paliativos	10%	Sin cobertura	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Copago de \$80 por visita	Sin cobertura	Se limita a un examen de la vista por año del plan .
	Anteojos para niños	Copago de \$80 por par	Sin cobertura	Se limita a un par de anteojos por año del plan .
	Control dental para pacientes pediátricos	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](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la mujer está en peligro)• Acupuntura• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Atención dental (pacientes adultos y pediátricos)• Tratamiento de la Infertilidad• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Atención oftalmológica de rutina (pacientes adultos)• Atención de los pies de rutina• 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](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (incluida en los Servicios de rehabilitación y los Servicios de habilitación) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años) | <ul style="list-style-type: none">• Servicio privado de enfermería (se limita a 60 visitas por año del plan cuando es médicamente necesario y está autorizado previamente) |
|--|--|--|

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: 855-572-7238, firstcare.com. Departamento de Seguros de Texas: 800-578-4677, tdi.texas.gov. Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 866-444-EBSA (3272), dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa. Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 800-318-2596.

Sus derechos de apelaciones y quejas formales: Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. La documentación de su [plan](#) también proporciona información completa sobre la manera de presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: FirstCare Health Plans: 855-572-7238, firstcare.com. Departamento de Seguros de Texas: 1-800-578-4677, tdi.texas.gov.

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [Cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

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

Servicios de acceso a idiomas:

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

Para ver casos de cómo este [plan](#) podría 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 de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (centro) \$1000
- Otro [coseguro](#) 10%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para nacimiento/parto
 Servicios de un centro para nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre y ecografías)
 Visita a un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría un total de	\$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](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (centro) \$800
- Otro [coseguro](#) 10%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$80
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
Joe pagaría un total de	\$1,600

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$80
- [Copago](#) del Hospital (centro) \$800
- Otro [coseguro](#) 10%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,200
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
Mia pagaría un total de	\$2,260

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

Nondiscrimination 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 (a wholly owned subsidiary of Scott and White Health Plan). PPO plans are offered by Southwest Life & Health Insurance Company. HMO, Medicaid and Medicare plans are offered by SHA, LLC.

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

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Chinese: 注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-884-4901 (TTY:711)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-884-4901 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic: يرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-800-884-4901 (رقم الهاتف المخصص للصم وضعاف السمع: 711).

Urdu: کریں۔ (1-800-884-4901 (TTY: 711) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-884-4901 (TTY: 711).

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-884-4901 (ATS : 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-884-4901 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian: فراهم می باشد. با 1-800-884-4901 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-884-4901 (телетайп: 711).

Japanese: 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-884-4901 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-884-4901 (TTY: 711).

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