



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 844-633-5325 o visítenos en [BSWHealthPlan.com](https://www.bswhealthplan.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 844-633-5325 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$3,000 por miembro / \$6,000 por familia	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto <a href="#">deducible</a> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Si. La <a href="#">atención preventiva</a> y los medicamentos preventivos de Affordable Care Act (ACA) están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un copago o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No	No es necesario que cumpla con <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$6,000 por miembro / \$12,000 por familia	El <a href="#">límite de desembolso</a> personal es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , deben cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite general de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> y el cuidado de la salud este <a href="#">plan</a> no cubrir.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso</a> personal.
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Si. Visite <a href="https://www.bswhealthplan.com/Pages/Provider.aspx">https://www.bswhealthplan.com/Pages/Provider.aspx</a> o llame al 844-633-5325 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la red del <a href="#">plan</a> . Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">remisión</a> .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Adulto: Sin cargo por la primera visita por enfermedad no preventiva en el año del <a href="#">plan</a> . <a href="#">Copago</a> de \$25 por visita para visitas posteriores en ese año del <a href="#">plan</a> , no se aplica el <a href="#">deducible</a> Pediátrico: Sin cargo por visita	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50 por visita, no se aplica el <a href="#">deducible</a>	No cubierto	
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>	Sin cargo, no se aplica el <a href="#">deducible</a>	No cubierto	
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de los cargos	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="#">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://BSWHealthPlan.com/Group/Pages/Pharmacy">BSWHealthPlan.com/Group/Pages/Pharmacy</a> .	Medicamentos preventivos de Affordable Care Act (ACA)	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Los <a href="#">copagos</a> son por suministro de 30 días. Se permiten medicamentos de mantenimiento hasta un suministro de 90 días por 2.5 <a href="#">copagos</a> si se obtienen a través de un farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Medicamentos que no son de mantenimiento obtenidos mediante pedido por correo se limitan a un suministro máximo de 30 días. <a href="#">Medicamentos especializados</a> son limitado a un suministro de 30 días. Las recetas de insulina del <a href="#">formulario</a> tienen un <a href="#">copago</a> máximo de \$25 por receta por suministro de 30 días. Si un se solicita un medicamento de marca cuando un genérico equivalente está disponible, el miembro es responsable del <a href="#">copago</a> no preferido más la diferencia en el costo de la marca fármaco y fármaco genérico equivalente.
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$8 por receta, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$45 por receta, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$85 por receta, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Nivel 1: <u>Copago</u> de \$200 por receta Nivel 2: <u>Copago</u> de \$300 por receta Nivel 3: <u>Copago</u> de \$400 por receta	No cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	<u>Copago</u> de \$500 por visita, más el 20% de los cargos	<u>Copago</u> de \$500 por visita, más el 20% de los cargos	El <u>copago</u> de la sala de emergencias no se aplica si el episodio resulta en una <u>hospitalización</u> por la misma afección dentro de las 24 horas.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<u>Copago</u> de \$500 por servicio, más el 20% de los cargos	<u>Copago</u> de \$500 por servicio, más el 20% de los cargos	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<u>Copago</u> de \$50 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% después del deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Adulto: <u>Copago</u> de \$25 por visita, 20% después del <u>deducible</u> para todos los demás pacientes ambulatorios servicios Pediátrico: Sin cargo por visita	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a la <u>atención preventiva</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	La atención hospitalaria para la madre y el recién nacido en un centro de atención médica está cubierta por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 60 visitas por año del <a href="#">plan</a> . Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<u>Copago</u> de \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 35 visitas para <a href="#">servicios de rehabilitación</a> y 35 visitas para <a href="#">servicios de habilitación</a> por año del <a href="#">plan</a> . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. No se aplican límites para terapias para niños con retrasos en el desarrollo, trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<u>Copago</u> de \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 25 días por año del <a href="#">plan</a> . Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <a href="#">autorización previa</a> y que no estén autorizados previamente. Consulte <a href="http://BSWHealthPlan.com">BSWHealthPlan.com</a> o llame al 844-633-5325.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	No cubierto	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental (adultos y niños)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)</li><li>• Atención de rutina de los pies</li><li>• Programas para la pérdida de peso</li></ul> |
|---|--|---|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica (limitado a 35 visitas por año del <a href="#">plan</a>)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (Limitado a un dispositivo por oído cada 3 años para miembros hasta la edad de 18)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería privada cuando está <a href="#">médicamente necesario</a> y <a href="#">preautorizado</a> (Limitaciones aplicar cuando se usa bajo la <a href="#">atención médica en el hogar</a>)</li></ul> |
|---|--|---|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es Baylor Scott & White Care Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](http://BSWHealthPlan.com); Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que usted también tenga otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo enviar un [reclamo](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Baylor Scott & White Care Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](http://BSWHealthPlan.com); La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 o [tdi.texas.gov](http://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 del plan](#).

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 844-633-5325.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$3,000
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,700

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,770</b>
------------------------------------	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,520</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,100
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,000</b>
------------------------------------	----------------

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

# Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Baylor Scott & White Care Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Care Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Care Plan:

- Proporciona 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)
- Proporciona 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 de Baylor Scott & White Care Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [HPCompliance@BSWHealth.org](mailto:HPCompliance@BSWHealth.org).

Si cree que Baylor Scott & White Care Plan no ha brindado 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:

Baylor Scott & White Care Plan, 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?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>.

**English:**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Spanish:**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (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 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Chinese:**

注意: 如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-633-5325 (TTY: 711)。

**Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-633-5325 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Arabic:**

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-633-5325 (رقم

**Urdu:**

کریں (1-844-633-5325 (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 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**French:**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-633-5325 (ATS : 711).

**Hindi:**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-633-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Persian:**

فراهم می باشد. با 1-844-633-5325 (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: 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Gujarati:**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-633-5325 (TTY: 711).

**Russian:**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-633-5325 (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。1-844-633-5325 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Laotian:**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-633-5325 (TTY: 711).