
 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, ingrese al sitio ers.swhp.org/forms-guides, o llame al 1-800-321-7947. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en cciio.cms.gov.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 per individual	Por lo general, le corresponde pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagarlos. Si el plan cubre a miembros de su familia, cada uno de ellos deberá alcanzar su propio deducible hasta que el monto total de cargos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si no ha alcanzado su monto deducible . Sin embargo, es posible que se cobre un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin participación de costos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el sitio https://healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	\$50 deducible para farmacia	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,650 per individual / \$13,300 per familiar	El límite de desembolso personal es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si este plan incluye a otros miembros de su familia, se debe alcanzar el límite de desembolso personal familiar general.
¿Qué se excluye del límite de desembolso personal ?	Las primas, los cargos de facturación de saldo y otros servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del límite de desembolso personal .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Consulte el sitio swhp.org o llame al 1-800-321-7947 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Los montos que pagará serán menores si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que el proveedor le cobre la diferencia entre los costos del proveedor y el monto que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que los proveedores dentro de la red pueden recurrir a proveedores fuera de la red para la prestación de ciertos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de la prestación de los servicios.
¿Necesito remisión médica para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que seleccione sin autorización de este plan.

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	Visita de asistencia primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25 por visita	Sin cobertura	Es posible que le corresponda pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, revise lo que el plan pagará.
	Visita al especialista	<u>Copago</u> de \$40 por visita	Sin cobertura	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	
Si tiene que realizarse un examen médico	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ningunos
	Exámenes radiológicos con imágenes (tomografía computarizada [CT]/ tomografía por emisión de positrones [PET scans], imágenes de resonancia magnética [MRI])	<u>Copago</u> de \$100 más 20% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura para medicamentos recetadas en http://ers.swhp.org/pharmacy-information	Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$10 por 30 días de suministro <u>Copago</u> de \$30 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	Los <u>copagos</u> son por suministro de 30 días. Se aplican 3 <u>copagos</u> para un suministro de 90 días si se obtiene un medicamento de mantenimiento a través de una farmacia Baylor Scott and White O cuando usa el servicio de correo con receta. Los medicamentos preventivos específicos se cubrirán sin costo para el miembro.
	Medicamentos de marca preferida	<u>Copago</u> de \$35 por 30 días de suministro <u>Copago</u> de \$ 105 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	
	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferida	<u>Copago</u> de \$60 por 30 días de suministro <u>Copago</u> de \$180 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de especialidad preferidos	Si se compra a través de una farmacia, los medicamentos especializados están cubiertos como medicamentos de marca preferida, o medicamentos de marca no preferida como se menciona anteriormente. Si no, cubierto como un beneficio médico.	Sin cobertura	Algunos medicamentos especializados pueden requerir previa autorización. Solo para suministro de 30 días.
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$100 más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita asistencia médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$150 más <u>coseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 más <u>coseguro</u> del 20	Si admitido, copago se aplica a la estancia hospitalaria para pacientes hospitalizados.
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Ningunos
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$50 más <u>coseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$50 más 20% <u>coseguro</u>	Ningunos

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$25 por visita	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por persona y hospitalización. \$2,250 <u>copago</u> máximo por persona y año del plan. Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por persona y hospitalización. \$2,250 <u>copago</u> máximo por persona y año del plan. Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Consulte el sitio ers.swhp.org para conocer los requisitos de autorización previa y las sanciones. Si no obtiene la autorización previa, se realizará una reducción en los beneficios de \$500 o del 50%, el monto que sea menor, o se le denegarán servicios de atención médica, a excepción de la atención de emergencia, a cargo de un <u>proveedor dentro de la red</u> .

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$40 por visita	Sin cobertura	Sin costo por visitas prenatales; las visitas posnatales están cubiertas con el copago del especialista . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago , coseguro o deducible .
	Servicios de parto profesionales	<u>Copago</u> de \$25 por visita	Sin cobertura	Sin costo por visitas prenatales; las visitas posnatales están cubiertas con el copago del especialista . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago , coseguro o deducible .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	\$750 <u>copago</u> máximo por hospitalización. \$2,250 <u>copago</u> máximo por persona y año del plan. Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Servicios de rehabilitación	20% sin visita a la oficina, \$40 más <u>coseguro</u> del 20% con visita a la oficina	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Servicios de habilitación	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ningunos
	Cuidado de enfermería especializada	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Máximo de 60 días por persona y año del plan. Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Equipo médico duradero	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin autorización previa, su costo puede aumentar.

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$40	Sin cobertura	Límite de un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ningunos
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ningunos

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos .)
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Inseminación artificial • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Chequeo dental • Anteojos • Tratamiento para la Infertilidad • Asistencia médica a largo plazo • Asistencia médica que no sea de emergencia para viajes al exterior (fuera de los E.E.U.U.) • Artículos de comodidad personal • Cuidado podiátrico de rutina • Programas para perder de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan .)
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cuidado quiropráctico (terapia manipulativa) • Servicios privados de enfermería

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Scott & White Health Plan: visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Department of Labor (Departamento de Trabajo): visite dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-866-444-EBSA (3272). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor, visite cciio.com.gov o llame al 1-877-267-2323 x61565; Department of Insurance of Texas, visite tdi.texas.gov, o llame 1-800-578-4677. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Scott & White Health Plan: visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; Texas Department of Insurance: visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-321-7947.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este **no es un estimador de costos**. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal por parte de un proveedor dentro de la red y parto en un hospital)

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Copago** del [especialista](#) \$40
- **Coseguro** del hospital (instalaciones) \$150 + 20%
- Otros **coseguros** 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

- Consultas al especialista (atención prenatal)
- Parto y servicios profesionales relacionados
- Parto y servicios de los establecimientos relacionados
- Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
- Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,840

En este ejemplo, Peg pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$490
Coseguro	\$2,480
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Peg pagaría es	\$3,030

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una condición bien controlada por parte de un proveedor dentro)

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Copago** del [especialista](#) \$40
- **Coseguro** del hospital (instalaciones) \$150 + 20%
- Otros **coseguros** 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

- Consultas al médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)
- Exámenes de diagnóstico (análisis de angre)
- Medicamentos recetados
- Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo \$7,460

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,050
Coseguro	\$370
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Joe pagaría es	\$1,480

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias de un proveedor dentro de la red y seguimiento)

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Copago** del [especialista](#) \$40
- **Coseguro** del hospital (instalaciones) \$150 + 20%
- Otros **coseguros** 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

- 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 \$2,010

En este ejemplo, Mia pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$510
Coseguro	\$330
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El monto total que Mia pagaría es	\$840

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

Inglés:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Español:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Vietnamita:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800 321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Chino:

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1-800-321-7947 (TTY : 1-800-735-2989) 。 Scott & White Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Coreano:

주의: 한국어를사용하시는경우, 언어지원서비스를무료로이용하실수있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로전화해 주십시오. Scott & White Health Plan 은(는) 관련연방공민권법을준수하며인종, 피부색, 출신국가, 연령, 장애또는성별을이유로차별하지않습니다.

Árabe:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-321-7947-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2989). يلتزم Scott & White Health Plan بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

Urdu:

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (TTY: 1-800-735-2989) 1-800-321-7947۔ Scott & White Health Plan قابلِ اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور یہ کہ نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔

Tagalo:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-3217947 (TTY: 1-800-735-2989). Sumusunod ang Scott & White Health Plan sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Francés:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS: 1-800-7352989). Scott & White Health Plan respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989) पर कॉल करें। Scott & White Health Plan लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार कानून का पालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

Persa:

مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و فراهم می باشد. با (TTY: 1-800-735-2989) 1-800-321-7947 تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما قابل نمی شود. هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد Scott & White Health Plan از قوانین حقوق

Alemán:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Gujarati:

ન્યૂના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો િન:નુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરક અિધકાર કાયદા સાથે નુસંગત છે અને નિતિ, રંગ, રાષ્ટ્રન્ય નુલ, નમર, અશક્તતા અથવા નલનગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી.

Ruso:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Japonés:

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。1-800-321-7947 (TTY:1-800-735-2989)まで、お電話にてご連絡ください。Scott & White Health Plan は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。

Laosiano:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອຳນາດພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມັດ ອົງຂອງຮັບບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ີສຜົວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.