

Cobertura médica de 2023 a 2024 para estudiantes de St. Mary's University

a través de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)

Esta póliza cumple o supera el nivel metálico Oro de cobertura.

- Cobertura de calidad a un precio módico conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio
- Cobertura cuando se encuentra de viaje
- Acceso a una amplia red de Opción de Prestadores de servicios médicos Participantes (PPO, en inglés) de BCBSTX
- Enfermería telefónica 24/7 Nurseline bilingüe y servicios de telesalud y salud mental
- Descuentos en servicios para la vista, programas de acondicionamiento físico, entre otros productos y servicios

¿Quién puede solicitar?

Al matricularse, a todos los estudiantes que vivan en el recinto universitario y a todos los atletas interuniversitarios se les cobrará la cuota por la Cobertura médica para estudiantes (SHIP, en inglés), y la prima de la cobertura se añadirá a la factura de matrícula a menos que se presente un comprobante de cobertura equivalente. Los estudiantes que tengan una cobertura equivalente deben llenar en línea la solicitud de exención en [stmarytx.myahpcare.com.waiver](https://stmarytx.myahpcare.com/waiver).

Todos los demás estudiantes matriculados, ya sea de pregrado, posgrado, doctorado o de leyes que tomen seis (6) o más horas de crédito son elegibles para participar en la cobertura. Pueden solicitarla en línea o pedir que se le agregue la prima a la factura de matrícula antes de la fecha límite mencionada en stmarytx.myahpcare.com/enrollment.

Los estudiantes **de nivel graduado** que estén completando una tesis y que estén matriculados en su último semestre son elegibles para participar en la cobertura.

A todos los estudiantes internacionales con visas "F", "J" y "H", incluidos los estudiantes del Programa de inglés intensivo (IEP, en inglés) con visas "J" y "F", se les cobrará automáticamente el seguro **SHIP**.

Los estudiantes **internacionales** pueden presentar una exención en línea antes de la fecha límite para eliminar la prima del seguro médico de sus cuentas estudiantiles. Antes de otorgar una exención, se deben cumplir los requisitos y demostrar que cuentan con cobertura de evacuación médica y repatriación.

Los derechohabientes no son elegibles para solicitar la cobertura.

Fecha límite para solicitar la cobertura y presentar la exención:

Períodos de solicitud

Estudiantes nacionales e interuniversitarios que viven en el recinto universitario, estudiantes internacionales:

Otoño: del 19 de junio al 1 de septiembre de 2023

Primavera o verano: del 1 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024

Verano: del 1 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024

Verano 2: del 10 de junio de 2024 al 28 de junio de 2024

Estudiantes nacionales no residentes:

Otoño: del 19 de junio al 1 de septiembre de 2023

Otoño (cobro en la matrícula): del 27 de junio al 21 de agosto de 2023

Primavera o verano: del 1 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024

Primavera o verano (cobro en la matrícula): del 1 de diciembre de 2023 al 19 de enero de 2024

Verano: del 2 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024

Verano 2: del 20 de junio de 2024 al 28 de junio de 2024

Fechas límites para solicitar la exención

Estudiantes nacionales e interuniversitarios que viven en el recinto universitario y estudiantes internacionales solamente:

Otoño: del 19 de junio al 1 de septiembre de 2023

Primavera y verano: del 1 de diciembre al 3 de enero de 2024

Verano: del 1 de mayo de 2024 al 31 de mayo

Verano 2: del 10 de junio de 2024 al 28 de junio de 2024

La exención para los estudiantes nacionales no residentes es voluntaria, por lo que no necesitan renunciar a la cobertura.

Consulte la póliza para revisar todos los criterios de elegibilidad. La póliza y la información adicional se pueden encontrar en stmarytx.myahpcare.com.

Resumen de la cobertura de St. Mary's University para 2023 a 2024^{1,2}

Gasto máximo de cobertura y deducibles

	Centro de salud para estudiantes	Prestador de servicios médicos de la red	Prestador de servicios médicos fuera de la red
Gasto máximo de cobertura	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Deducible (individual)	Renunciado	\$500	\$500
Gasto máximo de bolsillo (individual)	No disponible	\$8,550	\$17,100

Cobertura médica

<i>Se aplica el deducible a menos que se indique lo siguiente:</i>	Centro de salud para estudiantes (sin deducible)	Prestador de servicios médicos de la red	Prestador de servicios médicos fuera de la red
Gastos hospitalarios	No disponible	80%	60%
Gastos quirúrgicos	No disponible	80%	60%
Consultas médicas	100% después de un copago de \$10 por atención médica primaria por cada consulta	100% (sin deducible) Copago de \$30 por atención médica primaria por cada consulta Copago de \$30 por cada consulta con especialistas	60%
Atención médica de emergencia y lesiones accidentales <i>Servicios en centros de atención - No se cobra el copago si el asegurado es hospitalizado. Se aplicarán los gastos para pacientes internados.</i>	No disponible	80% después de un copago de \$200 (sin deducible)	
Servicios médicos	Copago de \$10 por consulta médica - Cualquier servicio adicional del médico está incluido al 100%	80%	60%
Pruebas de laboratorio	100%	100% (sin deducible)	60%
Medicamentos recetados <i>Para suministros de 30 días en farmacias **Copago y la diferencia del costo entre el medicamento de marca o los suministros por cada receta médica por los cuales existe un medicamento genérico o suministros disponibles.</i>	No disponible	En las farmacias que tienen contrato con Prime Therapeutics ³ , se incluye cobertura del 100% después de realizar un: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15 por cada medicamento genérico preferencial; • copago de \$60 por cada medicamento genérico no preferencial; • copago de \$30 por cada medicamento de marca preferencial**; • copago de \$60 por medicamentos de marca no preferenciales**; • coaseguro de \$80 por cada medicamento especializado 	60% después de: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15 por cada medicamento genérico preferencial; • copago de \$60 por cada medicamento genérico que no sea preferencial; • copago de \$30 por cada medicamento de marca preferencial**; • copago de \$60 por medicamentos de marca no preferenciales**; • coaseguro de \$80 por cada medicamento especializado Tenga en cuenta: que debe pagar el monto total que se le cobró al momento del servicio por todos los medicamentos con receta despachados por un prestador de servicios médicos que no forma parte de la red. Además, debe presentar una reclamación para recibir el reembolso.
Servicios de atención médica preventiva	100%	100% (sin deducible)	60%

Fechas límite, períodos y costos de primas^{***}

	Otoño	Primavera o verano	Verano	Verano 2
Fechas con cobertura	del 2 de agosto al 31 de diciembre de 2023	del 1 de enero de 2024 al 1 de agosto de 2024	del 28 de mayo de 2024 al 1 de agosto de 2024	del 28 de junio de 2024 al 1 de agosto de 2024
Tarifa de estudiante	\$1,335	\$1,335	\$482	\$256

^{***}Se incluye una tarifa de \$24 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$25 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de otoño y primavera o verano. Se incluye una tarifa de \$9 por AES/ASAP/ACL y una tarifa de \$9 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de verano. Se incluye una tarifa de \$5 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$5 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de verano 2.

¹ El presente documento es solo para fines informativos y no constituye una oferta de cobertura ni asesoramiento médico. Contiene solo una descripción general parcial de la cobertura médica y los programas y no constituye un contrato. Los gastos con cobertura están sujetos al gasto máximo, las limitaciones y las exclusiones del seguro médico, como se indica en la póliza. La red PPO es la red de Opción de Prestadores de servicios médicos Participantes (PPO, en inglés) de BCBSTX.

² Los cargos incluidos por servicios obtenidos de los prestadores de servicios médicos que forman parte de la red y que no forman parte de la red se basan en el monto permitido. Para obtener más información, consulte la póliza de su Universidad.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y las farmacias con contrato a través de Prime Therapeutics LLC, una compañía relacionada, mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes. Prime Therapeutics LLC es una compañía aparte que también administra el programa de servicios en farmacias y de cobertura para medicamentos. Tanto BCBSTX como varias entidades Blue Cross and Blue Shield independientes tienen interés de propiedad en Prime Therapeutics.

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado de salud o discapacidad. Obtenga ayuda e información en su idioma y sin costo comunicándose al 855-710-6984. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 855-710-6984 (TTY: 711). Para consultar la lista completa de idiomas, consulte la póliza específica de su universidad.

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
voz) 300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nêu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.