

# Cobertura médica de 2024 a 2025 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](https://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 24 de junio al 5 de septiembre de 2024

**Primavera o verano:** del 2 de diciembre de 2024 al 30 de enero de 2025

**Verano:** del 12 de mayo al 2 de junio de 2025

**Verano 2:** del 16 de junio al 8 de julio de 2025

**Estudiantes nacionales no residentes/viajeros:**

**Otoño:** del 24 de junio al 5 de septiembre de 2024

**Otoño (cobro en la matrícula):** del 24 de junio al 27 de agosto de 2024

**Primavera o verano:** del 2 de diciembre de 2024 al 30 de enero de 2025

**Primavera o verano (cobro en la matrícula):**

del 2 de diciembre de 2024 al 21 de enero de 2025 **Verano:** del 12 de mayo al 2 de junio de 2025

**Verano 2:** del 16 de junio al 8 de julio de 2025

### Fechas límites para solicitar la exención

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

**Otoño:** del 24 de junio al 5 de septiembre de 2024

**Primavera y verano:** del 2 de diciembre de 2024 al 30 de enero de 2025

**Verano:** del 12 de mayo al 2 de junio de 2025

**Verano 2:** No disponible

La exención para los estudiantes nacionales no residentes/viajeros 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](https://stmarytx.myahpcare.com).

# Resumen de la cobertura de St. Mary's University para 2024 a 2025<sup>1,2</sup>

## 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%
<b>Medicamentos recetados</b> <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 <sup>3</sup> , se incluye cobertura del 100% después de realizar un: <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$15 por cada medicamento genérico preferencial;</li> <li>• copago de \$60 por cada medicamento genérico no preferencial;</li> <li>• copago de \$30 por cada medicamento de marca preferencial**;</li> <li>• copago de \$60 por medicamentos de marca no preferenciales**;</li> <li>• 20% de coaseguro por cada medicamento especializado</li> </ul>	60% después de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$15 por cada medicamento genérico preferencial;</li> <li>• copago de \$60 por cada medicamento genérico que no sea preferencial;</li> <li>• copago de \$30 por cada medicamento de marca preferencial**;</li> <li>• copago de \$60 por medicamentos de marca no preferenciales**;</li> <li>• 20% de coaseguro por cada medicamento especializado</li> </ul> <b>Tenga en cuenta:</b> 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
<b>Fechas con cobertura</b>	del 2 de agosto al 31 de diciembre de 2024	del 1 de enero de 2025 al 1 de agosto de 2025	del 3 de junio de 2025 al 1 de agosto de 2025	del 8 de julio de 2025 al 1 de agosto de 2025
<b>Tarifa de estudiante</b>	\$1,394	\$1,394	\$459	\$192

\*\*\*Se incluye una tarifa de \$24 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$35 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de otoño y primavera o verano. Se incluye una tarifa de \$8 por AES/ASAP/ACL y una tarifa de \$12 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de verano. Se incluye una tarifa de \$3 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$6 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de verano 2.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.**

Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo adicional. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. 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, estado de salud o discapacidad. 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  
300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> Floor  
Chicago, IL 60601

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

Usted 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/smartscreen/main.jsf>  
Formulario de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

**To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.**

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لنتلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجانًا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíík'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jí' hodíilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.