



Seguro médico para estudiantes de St. Mary's University

Bienvenidos a AcademicBlue, una cobertura médica para estudiantes

¿Quién está automáticamente asegurado?*

- Todos los estudiantes matriculados que viven en el campus y todos los atletas interuniversitarios.
- Todos los estudiantes internacionales "F", "J" y "H" matriculados, incluyendo los estudiantes del Programa de inglés intensivo (IEP, en inglés) con visas "J" y "F".

*A menos que se presente un comprobante de cobertura equivalente por stmarytx.myahpcare.com/waiver. Los estudiantes internacionales también deben demostrar que cuentan con cobertura de evacuación médica y repatriación.

¿Quién puede solicitar cobertura voluntariamente?

- Todos los estudiantes matriculados (de pregrado, posgrado, doctorado y de leyes) que tomen seis (6) o más horas de crédito, o que cursen sus respectivos programas a tiempo completo.
- Los estudiantes que no viven en el campus. Para solicitar cobertura, visite stmarytx.myahpcare.com/enrollment.
- Los estudiantes que solo mantienen la matrícula no son elegibles para solicitar la cobertura estudiantil.

Información importante sobre elegibilidad

- Los derechohabientes no son elegibles para solicitar la cobertura.
- La cobertura para los estudiantes nacionales que no viven en el campus es voluntaria, por lo que no necesitan presentar una exención.

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

Períodos para solicitar cobertura

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

- Otoño: del 29 de junio al 2 de septiembre de 2026
- Primavera o verano: del 1 de diciembre de 2026 al 28 de enero de 2027
- Verano: del 17 de mayo al 1 de junio de 2027
- Verano 2: del 21 de junio al 6 de julio de 2027

Estudiantes nacionales que no viven en el campus:

- Otoño: del 29 de junio al 2 de septiembre de 2026
- Otoño (cobro en la matrícula): del 29 de junio al 26 de agosto de 2026
- Primavera o verano: del 1 de diciembre de 2026 al 28 de enero de 2027
- Primavera o verano (cobro en la matrícula): del 1 de diciembre de 2026 al 20 de enero de 2027
- Verano: del 17 de mayo al 1 de junio de 2027
- Verano 2: del 21 de junio al 6 de julio de 2027

Fechas límites para solicitar la exención

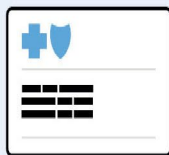
Estudiantes nacionales que viven en el campus e interuniversitarios y estudiantes internacionales solamente:

- Otoño: del 29 de junio al 2 de septiembre de 2026
- Primavera o verano: del 1 de diciembre de 2026 al 28 de enero de 2027
- Verano: del 17 de mayo al 1 de junio de 2027
- Verano 2: No aplica durante este período

Los estudiantes nacionales que no viven en el campus: Sin exención

Ventajas de ser nuestro asegurado

- 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 tele salud y salud mental.
- Descuentos en servicios para la vista, programas de acondicionamiento físico, entre otros productos y servicios.



Resumen de la cobertura de St. Mary's University para 2026 a 2027^{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)	Sin deducible	\$500	\$500	
Gasto máximo de bolsillo (individual)	No aplica	\$8,550	\$17,100	
Cobertura médica: Se aplica el deducible a menos que se indique lo siguiente:	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 aplica	80%	60%	
Gastos quirúrgicos	No aplica	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 Servicios en centros de atención - No se cobra el copago si el asegurado es hospitalizado. Se aplicarán los gastos para pacientes internados.	No aplica	80% después de un copago de \$200 (sin deducible)	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 Para suministros de 30 días en farmacias <i>**Copago y la diferencia del costo entre el medicamento de marca o los suministros por cada receta médica para la cual hay un medicamento genérico o suministros disponibles.</i>	No aplica	En las farmacias que tienen contrato con Prime Therapeutics ³ , se incluye cobertura del 100% después de realizar un: • 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 medicamento de marca no preferencial**; • 20% de coaseguro por cada medicamento especializado.	60% después de: • 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 medicamento de marca no preferencial**; • 20% de coaseguro 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 2026	del 1 de enero al 1 de agosto de 2027	del 1 de junio al 1 de agosto de 2027	del 6 de julio al 1 de agosto de 2027
Tarifa de estudiante	\$1,443	\$1,443	\$492	\$213

***Se incluye una tarifa de \$25.50 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$50 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de otoño y primavera o verano. Se incluye una tarifa de \$10 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$17 por cargos administrativos de la Universidad en las tarifas de verano 2. Se incluye una tarifa de \$4 por AES/ASAP/ALC y una tarifa de \$7 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 las políticas de la Universidad.

3 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.

Academic HealthPlans, Inc., Parte de Brown & Brown Team, es una compañía independiente que proporciona la gestión del programa y servicios administrativos para las coberturas médicas estudiantiles de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante 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:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en español [bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice](https://www.bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice)

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્ટોલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłt'ígogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjíl' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.