



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. Lea el folleto del plan de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHB) ([RI 71-005]) que contiene los términos completos de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en el folleto del plan de FEHB.** Los beneficios pueden variar si usted tiene otra cobertura como Medicare. 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 obtener el folleto del plan de FEHB en fepblue.org/brochure y ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Puede llamar al 1-800-411-2583 para solicitar una copia de cualquiera de estos documentos.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. No hay deducibles para servicios cubiertos. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No tiene que pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | \$6,500 por miembro únicamente. \$13,000 por miembro y otro afiliado. \$13,000 por miembro y familia. | El límite a los gastos directos del bolsillo , o máximo en situación catastrófica, es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , ellos deben pagar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite a los gastos directos del bolsillo familiar general. |
| ¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo ? | Las primas , los cargos por facturación del saldo , la atención médica que este plan no cubre, y las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica? | Sí. Vea provider.fepblue.org o llame a su compañía local de BCBS para una lista de proveedores dentro de la red . | Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará lo máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido . |



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**.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo; además, es posible que se le facture el saldo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$30 por visita | Sin cobertura | Usted paga el 30% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. No paga nada cuando recibe atención relacionada con una lesión accidental, y dentro de las 72 horas después de esta. |
| | Visita al <u>especialista</u> | \$40 por visita | Sin cobertura | Usted paga el 30% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención |
| | <u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo para análisis de sangre; \$40 para radiografías. | Sin cobertura | Usted paga el 30% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$100 (cuando lo factura un profesional); \$150 (cuando lo factura el centro) | Sin cobertura | Usted paga el 30% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo; además, es posible que se le facture el saldo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en fepblue.org/formulary | Nivel 1 (medicamentos genéricos) | \$10 por receta (suministro de 30 días) | Sin cobertura | \$30 por receta para un suministro de 31 hasta 90 días por copagos adicionales. |
| | Nivel 2 (medicamentos de marcas preferidas) | \$55 por receta (suministro de 30 días) | Sin cobertura | \$165 por receta para un suministro de 31 hasta 90 días por copagos adicionales. |
| | Nivel 3 (medicamentos de marcas no preferidas) | 60% de <u>coseguro</u> / mínimo de \$75 (suministro de 30 días) | Sin cobertura | Mínimo de \$210 para un suministro de 31 hasta 90 días por copagos adicionales. |
| | Nivel 4 (<u>medicamentos especializados</u> preferidos) | Venta minorista: \$85 por receta (suministro de 30 días). Farmacia especializada: \$85 por receta (suministro de 30 días); \$235 por receta (suministro de 31 hasta 90 días). | Sin cobertura | Venta minorista: límite de un surtido. Farmacia especializada: se puede obtener un suministro de 90 días únicamente después del tercer surtido. Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos con receta. |
| | Nivel 5 (medicamentos <u>especializados</u> no preferidos) | Venta minorista: \$110 por receta (suministro de 30 días). Farmacia especializada: \$110 por receta (suministro de 30 días); \$300 por receta (suministro de 31 hasta 90 días). | Sin cobertura | Venta minorista: límite de un surtido. Farmacia especializada: se puede obtener un suministro de 90 días únicamente después del tercer surtido. Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos con receta. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo; además, es posible que se le facture el saldo) | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$100 por día por centro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$150 por el cirujano que interviene (consultorio); \$200 por el cirujano que interviene (otro centro) | Sin cobertura | Usted paga el 30% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencia</u> | \$175 por día por centro | \$175 por día por centro | Ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | \$100 por día | \$100 por día | Ambulancia aérea o marítima: \$150 por día |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$35 por visita | Sin cobertura | Usted paga \$35 por visita para la atención relacionada con servicios médicos de emergencia realizados en un centro de atención de urgencia fuera de la red. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$175 por día hasta un máximo de \$875 por admisión. | Sin cobertura | Se requiere precertificación. Reduiremos en \$500 los beneficios para hospitalizaciones como paciente internado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación. |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$200 por el cirujano que interviene. | Sin cobertura | Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos. Usted paga el 30% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | \$30 de copago por visita al consultorio y sin cargo para servicios ambulatorios | Sin cobertura | Ninguna |
| | Servicios internos | Sin cargo para servicios profesionales; \$175 por día hasta | Sin cobertura | Se requiere precertificación para hospitalizaciones como paciente internado. Reduiremos en \$500 los beneficios para |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo; además, es posible que se le facture el saldo) | |
| | | un máximo de \$875 por admisión para atención en un centro. | | hospitalizaciones como paciente internado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, sonograma). |
| | Servicios de parto profesionales | Sin cargo | Sin cobertura | Ninguna |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$175 por admisión para atención en un centro. | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | \$30 por visita | Sin cobertura | Límite de 25 visitas por año calendario. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$30 por visita (al proveedor de atención primaria), \$40 por visita (al especialista) | Sin cobertura | Límite de 50 visitas por año calendario. Incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted paga el 30% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$30 por visita (al proveedor de atención primaria), \$40 por visita (al especialista) | Sin cobertura | Límite de 50 visitas por año calendario. La cobertura se limita para terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted paga el 30% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | Ninguna |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere aprobación previa para todos los servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales. Las prestaciones se brindan hasta 30 días consecutivos en un centro habilitado como centro para pacientes de cuidados paliativos o enfermos terminales. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo; además, es posible que se le facture el saldo) | |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$30 por visita (al proveedor de atención primaria), \$40 por visita (al especialista) | Sin cobertura | Cobertura limitada a exámenes relativos al tratamiento de una afección médica específica |
| | Anteojos para niños | 30% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | La cobertura se limita a un par de anteojos por incidente recetado para determinadas afecciones médicas. |
| | Chequeo dental pediátrico | \$30 por evaluación. | Sin cobertura | La cobertura se limita a dos visitas por año calendario. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el folleto del plan de FEHB para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos). | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Tratamiento de infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Servicios de enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Programas de pérdida de peso |
| Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa; consulte el folleto del plan de FEHB). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (límite de 10 visitas por año calendario) • Cirugía bariátrica • Cuidado quiropráctico (límite de 20 visitas por año calendario) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Cuidado de los pies de rutina si recibe tratamiento activo de una enfermedad vascular metabólica o periférica |

Sus derechos a continuar con su cobertura: Puede obtener ayuda si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. Consulte el folleto del plan de FEHB o comuníquese con su oficina de RR. HH. o sistema de retiro. También puede comunicarse con su plan al [número de contacto] o visitar www.opm.gov/insure/health. Generalmente, si pierde la cobertura en virtud del plan, según las circunstancias, usted puede ser elegible para una extensión gratuita de la cobertura de 31 días, una póliza de conversión (una póliza individual que no sea el plan de FEHB), la cobertura de equidad para el cónyuge o la continuación de cobertura temporal (Temporary Continuation of Coverage, TCC). 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 www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Si no está conforme con una denegación de cobertura en relación con reclamos en virtud del plan, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre su derecho a presentar una apelación, consulte la Sección 3, “Cómo recibe atención”, y la Sección 8, “El proceso de reclamos en disputa”, del folleto del plan de FEHB. Si necesita ayuda, puede comunicarse con [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí].

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras políticas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otra cobertura específica. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para un crédito fiscal para las primas.

¿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:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.]

[Chinese (中文): 請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。]

[Navajo (Dine): Diné k'ehjí yá'áti' bee shíká'adoowoł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'í' dahodoolnih.]

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 otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos 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

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

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$0 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u> | \$40 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones) | \$175 |
| ■ Otro [<u>costo compartido</u>] | 30% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas
 (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,700 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$200 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$260 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$0 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u> | \$40 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones) | \$175 |
| ■ Otro [<u>costo compartido</u>] | 30% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario
 (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$5,600 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$1,200 |
| <u>Coseguro</u> | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,420 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$0 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u> | \$40 |
| ■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones) | \$175 |
| ■ Otro [<u>costo compartido</u>] | 30% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencia (*incluye materiales médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$70 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$770 |