



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 71-017]) 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 <u>deducible</u> general?	\$ <u>500</u> por miembro únicamente. \$ <u>1,000</u> por miembro y otro afiliado. \$ <u>1,000</u> por miembro y familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Los montos de copago y coseguro no cuentan para su deducible, que generalmente empieza el 1 de enero. Cuando un servicio/suministro cubierto está sujeto a un deducible, solo la asignación del plan para el servicio/suministro cuenta para el deducible. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención preventiva, 10 visitas al consultorio, telesalud, atención de urgencia, tratamientos de manipulación y acupuntura están cubiertos antes de que pague su deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo</u> en gastos directos del <u>bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	\$ <u>8,500</u> por miembro únicamente. \$ <u>17,000</u> por miembro y otro afiliado. \$ <u>17,000</u> por miembro y familia.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> , 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 <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , la atención médica que este <u>plan</u> no cubre, y las penalidades en caso de no obtener autorización previa para los servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
¿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 <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	10 visitas por año calendario para atención primaria, especialistas y otros profesionales de atención médica combinados. El deducible y el coseguro se aplican a partir de la 11.ª visita. 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>	\$10 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	10 visitas por año calendario para atención primaria, especialistas y otros profesionales de atención médica combinados. El deducible y el coseguro se aplican a partir de la 11.ª visita.

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)	
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	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)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Sin cargo por los primeros 10 análisis de laboratorio realizados en cada una de estas categorías de análisis de laboratorio (paneles metabólicos básicos, exámenes de colesterol, hemograma, perfil lipídico en ayunas, paneles de salud general, análisis de orina) y 10 venipunturas cuando no estén asociadas con servicios preventivos, maternidad ni servicios por lesión accidental.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa.
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 preferidos)	\$5 por receta (suministro de 30 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	\$15 por receta para un suministro de 31 hasta 90 días. Los medicamentos genéricos no preferidos están excluidos.
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos, <u>medicamentos especializados genéricos preferidos y medicamentos especializados de marca preferidos</u>)	40% de coseguro. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Máximo de \$350 por receta para un suministro de 30 días. Máximo de \$1,050 por receta hasta un suministro de 90 días. Los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos especializados no preferidos están excluidos.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa 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)	
				determinados servicios quirúrgicos. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	No paga nada cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	No paga nada cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	No paga nada cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas. Usted paga \$25 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)	30% de <u>coseguro</u>	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	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa para servicios de tratamiento residencial como paciente ambulatorio.
	Servicios internos	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere precertificación para hospitalizaciones como paciente internado. Reduiremos en \$500 los beneficios para hospitalizaciones como paciente internado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se solicita notificación previa. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, sonograma).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se solicita notificación previa.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$1,500 de copago. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se solicita notificación previa.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	10 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	25 visitas por año calendario. Incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	25 visitas por año calendario. La cobertura se limita para terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Para algunos servicios se requiere autorización previa. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Cuidado residencial tradicional y cuidado residencial continuo de cuidados paliativos o enfermos terminales: Sin cargo Atención de cuidados paliativos o enfermos terminales para paciente internado: 30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa para todos los servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales. Hay una penalización de \$100 si no se obtiene la aprobación previa. Atención de cuidados paliativos o enfermos terminales para paciente internado: 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% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La cobertura se limita 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	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

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).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- 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).

- Acupuntura (10 visitas combinadas con cuidado quiropráctico por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (10 visitas combinadas con acupuntura por año calendario)
- 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? [Si].

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 nidaahntíngíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'í' dahodoołnih.]

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	\$500
■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u>	\$10
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones)	\$1,500
■ 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>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,560

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	\$500
■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u>	\$10
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones)	30%
■ 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>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,020

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	\$500
■ [<u>Costo compartido</u>] del <u>especialista</u>	\$10
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (instalaciones)	30%
■ 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>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$100
Coseguro	\$400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,000