



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC indica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) se la daremos por separado.**

Esto es solo un resumen. Lea el folleto del Plan PSHB (RI 71-020) 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 PSHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Consulte el Glosario para saber las definiciones generales de algunos términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos que aparezcan subrayados. Puede obtener el folleto del Plan PSHB en fepblue.org/brochure, y puede consultar el glosario en www.opm.gov/healthcare-insurance/insurance-glossary/. Puede llamar al 1-800-411-2583 para solicitar una copia de cualquiera de los documentos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte más abajo la tabla de Circunstancia médica común para saber qué costos de servicios cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Sin deducible para los servicios cubiertos	Este <u>plan</u> no tiene un <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$7,500 individual \$15,000 individual más una persona \$15,000 individual más familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> o máximo catastrófico es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus <u>propios límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldos</u> , la atención médica que este <u>plan</u> no cubre y las penalizaciones por no obtener la autorización previa para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si lo atiende un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite provider.fepblue.org o llame a su compañía BCBS local para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si lo atiende un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba la factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** de este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte, además se le puede facturar el saldo)	
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$35 por visita	No está cubierto	Usted pagará un 30% del coseguro por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención. No pagará nada si recibe atención por una lesión accidental y dentro de las 72 horas siguientes.
	Visita a un especialista	\$50 por visita	No está cubierto	Usted pagará un 30% del coseguro por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.
	Atención preventiva/ examen médico/vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría.
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Usted pagará 15% de coseguro por análisis de sangre; \$40 de copago por radiografías.	No está cubierto	Usted pagará un 30% del coseguro por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$100 (cuando sean facturados por profesionales); \$250 (facturados por centros)	No está cubierto	Usted pagará un 30% del coseguro por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte, además se le puede facturar el saldo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en fepblue.org/formulary	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$15 por receta (suministro para 30 días)	No está cubierto	\$40 por receta para un suministro para 31 a 90 días por copagos adicionales
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$75 por receta (suministro para 30 días)	No está cubierto	\$200 por receta para un suministro para 31 a 90 días por copagos adicionales
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	60% de <u>coseguro</u> /\$90 mínimo (suministro de 30 días)	No está cubierto	\$250 mínimo para un suministro para 31 a 90 días por copagos adicionales
	Nivel 4 (<u>medicamentos especializados</u> preferidos)	Farmacia: \$120 por receta (suministro para 30 días) Farmacia especializada: \$120 por receta (suministro para 30 días); \$350 por receta (suministro para 31 a 90 días)	No está cubierto	Farmacia: Límite de un surtido Farmacia especializada: el suministro para 90 días solo puede obtenerse después del tercer surtido. Se exige autorización previa para determinados medicamentos con receta.
	Nivel 5 (<u>medicamentos especializados</u> no preferidos)	Farmacia: \$200 por receta (suministro para 30 días) Farmacia especializada: \$200 por receta (suministro para 30 días); \$500 por receta (suministro para 31 a 90 días)	No está cubierto	Farmacia: Límite de un surtido Farmacia especializada: el suministro para 90 días solo puede obtenerse después del tercer surtido. Se exige autorización previa para determinados medicamentos con receta.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por día por centro	No está cubierto	Ninguna
	Cargos del médico/ cirujano	\$150 por cirujano que hace el procedimiento (en entorno de consultorio); \$200 por cirujano que hace el procedimiento (otros entornos)	No está cubierto	Usted pagará un 30% de <u>coseguro</u> por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención. Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte, además se le puede facturar el saldo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$350 por día por centro	\$350 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>	\$50 por visita	No está cubierto	Usted pagará \$50 por visita por los servicios médicos de emergencias prestados en un centro de atención de urgencia fuera de la red.
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$350 por día hasta un máximo de \$1,750 por admisión	No está cubierto	Se exige certificación previa. Reduciremos los beneficios de la hospitalización en \$500 si nadie se pone en contacto con nosotros para solicitar una certificación previa.
	Cargos del médico/ cirujano	\$200 por cirujano actuante	No está cubierto	Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos. Usted pagará un 30% de <u>coseguro</u> por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o trastornos por uso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 de <u>copago</u> por visita al consultorio y sin cargo por servicios ambulatorios	No está cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo por servicios profesionales/\$350 por día hasta un máximo de \$1,750 por admisión para atención en un centro	No está cubierto	Se exige certificación previa para los servicios de hospitalización. Reduciremos los beneficios de la hospitalización en \$500 si nadie se pone en contacto con nosotros para solicitar una certificación previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte, además se le puede facturar el saldo)	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	\$350 por admisión para atención en un centro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en casa</u>	\$35 por visita	No está cubierto	Límite de 25 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$35 por visita (atención primaria); \$50 por visita (especialista)	No está cubierto	Límite de 50 visitas por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted pagará un 30% de <u>coseguro</u> por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$35 por visita (atención primaria); \$50 por visita (especialista)	No está cubierto	Límite de 50 visitas por año calendario. La cobertura se limita a fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted pagará un 30% de <u>coseguro</u> por los agentes, medicamentos o suministros administrados o recibidos durante su atención.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	No está cubierto	Se exige autorización previa para todos los servicios de cuidados paliativos. Los beneficios se proporcionan durante un máximo de 30 días consecutivos en un centro autorizado como centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte, además se le puede facturar el saldo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$35 por visita (atención primaria); \$50 por visita (especialista)	No está cubierto	Cobertura limitada a exámenes relacionados con el tratamiento de una condición médica específica.
	Anteojos para niños	30% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos por incidente recetado para determinadas condiciones.
	Control dental para niños	\$35 por evaluación	No está cubierto	Cobertura limitada a dos visitas por año calendario.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el folleto de su plan PSHB para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA)
- Cirugía cosmética
- Atención de largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Atención de rutina de la vista
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. (Consulte el folleto de su plan PSHB).

- Acupuntura (límite de 12 visitas por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (límite de 20 visitas por año calendario)
- Atención dental
- Aparatos auditivos
- Tratamiento por infertilidad
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de los pies si está bajo tratamiento activo por enfermedad vascular periférica o metabólica

Su derecho a mantener la cobertura: Puede obtener ayuda si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Consulte el folleto de l Plan PSHB, comuníquese con su oficina de RR. HH./sistema de jubilación, comuníquese con su plan al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o visite <https://health-benefits.opm.gov/ps hb>. Por lo general, si pierde la cobertura del plan, entonces, según las circunstancias, puede ser elegible para una extensión gratis de la cobertura por 31 días, una póliza de conversión (una póliza individual que no sea PSHB), una cobertura de capital del cónyuge o una continuación temporal de la cobertura (TCC). Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Si no está satisfecho con una denegación de cobertura por reclamo de su plan, puede apelar. Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, consulte la Sección 3, “Cómo obtener atención médica”, y la Sección 8, “El proceso de reclamo en litigio”, del folleto de su Plan PSHB. Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con su compañía BCBS local llamando al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Da este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible mediante el Mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal por las primas.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, es posible que sea elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan mediante el Mercado de seguros.

Servicios de acceso a idiomas:

[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 shiká'adoowol nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'í dahodootnih.]

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$0
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$50
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	30%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento
 Servicios del centro para el parto/nacimiento
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta al especialista (*anestesia*)

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$0
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$50
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	30%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Fractura simple de Mia

(visita en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$0
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$50
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	30%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Servicios en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

Costo total del ejemplo \$5,600

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$510
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$570

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,840
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,060

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$870
Coseguro	\$90
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$960

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.