

 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?	\$ <u>350</u> individual \$ <u>700</u> individual más una persona \$ <u>700</u> individual más familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Los importes de los copagos y coseguros no se tienen en cuenta para el deducible, que generalmente comienza el 1 de enero. Cuando un servicio/suministro cubierto está sujeto a un <u>deducible</u> , solo la cantidad permitida por el plan para el servicio/suministro cuenta para el <u>deducible</u> . Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no alcanzó la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</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> ?	Para <u>proveedores preferidos</u> : \$6,000 individual/\$12,000 individual más una persona/\$12,000 individual más familia; para <u>proveedores no preferidos</u> : \$8,000 individual/\$16,000 individual más una persona/\$16,000 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 propios <u>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> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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 <u>red</u> 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 <u>proveedor de atención médica</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$30 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	No pagará nada si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas siguientes.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$40 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen médico/vacunas</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagaría.
Si se hace una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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 <u>cobertura de medicamentos con receta</u> disponible en fepblue.org/formulary	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	Minorista: \$7.50 por receta (suministro para 30 días) Servicio por correo: \$15 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio promedio al por mayor (PMA) No se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia: \$22.50 por receta para un suministro para 31 a 90 días
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	Farmacia: 30% de <u>coseguro</u> Servicio por correo: \$90 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio promedio al por mayor (PMA) No se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia: Un suministro para 90 días
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Farmacia: 50% de <u>coseguro</u> Servicio por correo: \$125 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio promedio al por mayor (PMA) No se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia: Un suministro para 90 días Se exige autorización previa para determinados medicamentos con receta.
	Nivel 4 (<u>medicamentos especializados preferidos</u>)	Farmacia: 30% de <u>coseguro</u> (suministro de 30 días) Farmacia especializada: \$65 por receta (suministro para 30 días); \$185 por receta (suministro para 31 a 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio promedio al por mayor (PMA) No se aplica el <u>deducible</u> .	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 no preferidos</u>)	Farmacia: 30% de <u>coseguro</u> (suministro de 30 días) Farmacia especializada: \$85 por receta (suministro para 30 días); \$240 por receta (suministro para 31 a 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio promedio al por mayor (PMA) No se aplica el <u>deducible</u> .	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)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u> para centros de miembros y no miembros	Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos
	Cargos del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	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>	15% de <u>coseguro</u>	15% de <u>coseguro</u>	Usted no pagará nada si recibe atención médica por una lesión accidental en un plazo de 72 horas.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$100 por día. No se aplica el <u>deducible</u> .	\$100 por día. No se aplica el <u>deducible</u> .	Ambulancia aérea o marítima \$150 por día Usted no pagará nada si recibe atención médica por una lesión accidental en un plazo de 72 horas.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Usted no pagará nada si recibe atención médica por una lesión accidental en un plazo de 72 horas.
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$350 por admisión. No se aplica el <u>deducible</u> .	\$450 por admisión y 35% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .	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.
	Cargos del médico/ cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 por visita para servicios profesionales. No se aplica el <u>deducible</u> . 15% de <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios.	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo por servicios profesionales; \$350 por visita por atención en un centro hospitalario. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u> por servicios profesionales; 35% de <u>coseguro</u> por atención en un centro hospitalario. No se aplica el <u>deducible</u> .	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 se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	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 se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en casa</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Límite de 50 visitas por año calendario
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios: 15% de <u>coseguro</u> Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia cognitiva: \$30 por visita para atención primaria, \$40 por visita (especialista). No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Límite de 75 visitas por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita para atención primaria, \$40 por visita (especialista). No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Límite de 75 visitas por año calendario. La cobertura se limita a fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$175. No se aplica el <u>deducible</u> .	\$275 más 35% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .	Límite de visitas de 30 días para miembros que no tengan la Parte A de Medicare. Se exige certificación previa antes de la admisión. Deben cumplirse criterios adicionales.
	<u>Equipo médico duradero</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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 ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	Atención en domicilio tradicional (centros para miembros/no miembros): \$450 de copago por episodio. No se aplica el <u>deducible</u> . Atención continua en domicilio y hospitalización (centros para miembros): \$450 por episodio. No se aplica el <u>deducible</u> . Atención continua en domicilio y hospitalización (centros para no miembros): \$450 por ingreso más 35% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .	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.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$30 por visita (atención primaria). No se aplica el <u>deducible</u> . \$40 por visita (especialista). No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a exámenes relacionados con el tratamiento de una condición médica específica.
	Anteojos para niños	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a un par de anteojos por incidente recetado para determinadas condiciones médicas.
	Control dental para niños	Hasta los 13 años: La diferencia entre \$12 y el Cargo Máximo Permitido (MAC). No se aplica el <u>deducible</u> . A partir de los 13 años: La diferencia entre \$8 y el MAC. No se aplica el <u>deducible</u> .	Todos los gastos que superen el importe de la lista de tarifas. No se aplica el <u>deducible</u> .	Cobertura limitada a dos por persona por año calendario.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan por lo general **NO** cubre (lea el folleto de su Plan FEHB para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética
- Atención de largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Atención de rutina de la vista
- Programas comerciales de pérdida de peso

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

- Acupuntura (límite de 24 visitas por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (límite de 12 visitas por año calendario)
- Atención dental
- Aparatos auditivos
- Tratamiento por infertilidad
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Cuidado rutinario de los pies si está en tratamiento activo por una enfermedad metabólica o vascular periférica

Su derecho a mantener la cobertura: Puede obtener ayuda si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Consulte el folleto del 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/pshb>. 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 Servicio al cliente que está en la parte de atrás 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 shík'adoowol nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahtinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich' dahodoolnih.]

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	\$350
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$40
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	15%

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*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$90

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	\$350
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$40
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	15%

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*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,070

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	\$350
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$40
■ Hospital (centro) [<u>costo compartido</u>]	\$350
■ Otros [<u>costo compartido</u>]	15%

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 \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$360
<u>Coseguro</u>	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$420