



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: Recibirá la información sobre el costo de este plan (llamado prima) por separado. Esto es solo un resumen.** Lea el folleto del Plan 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 FEHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede obtener el folleto del Plan FEHB en [fepblue.org/brochure](http://fepblue.org/brochure) y puede consultar el glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). 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 que estén cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Sin deducible para los servicios cubiertos	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique 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> ?	\$6,500/Individual \$13,000/Individual más una persona \$13,000/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 primas, los cargos de facturación de saldos, 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 <a href="http://provider.fepblue.org">provider.fepblue.org</a> o llame a su compañía BCBS local para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una red de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red del <u>plan</u> . 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 a 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 puede 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 <b>proveedor de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 por visita	No está cubierto	Usted pagará un <b>coseguro</b> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. No pagará nada si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas siguientes.
	Visita a un <b>especialista</b>	\$45/visita	No está cubierto	Usted pagará un <b>coseguro</b> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.
	<u>Atención preventiva/examen médico/vacunas</u>	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <b>proveedor</b> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <b>plan</b> pagaría.
Si se hace una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Usted pagará 15% de coseguro por análisis de sangre; \$40 de copago por radiografías.	No está cubierto	Usted pagará un <b>coseguro</b> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$100 (cuando sean facturados por profesionales); \$200 (facturados por centros)	No está cubierto	Usted pagará un <b>coseguro</b> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.

Circunstancia médica común	Servicios que puede 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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> disponible en <a href="http://fepblue.org/formulary">fepblue.org/formulary</a>	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$15 por receta (suministro para 30 días)	No está cubierto	\$30 por receta para un suministro de 31 a 90 días con copagos adicionales
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$60 por receta (suministro para 30 días)	No está cubierto	\$165 por receta para un suministro de 31 a 90 días con copagos adicionales
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	60% de <u>coseguro</u> /\$90 mínimo (suministro de 30 días)	No está cubierto	\$210 mínimo para un suministro de 31 a 90 días para copagos adicionales
	Nivel 4 ( <u>medicamentos especializados</u> preferidos)	Minorista: \$85 por receta (suministro para 30 días) Farmacia especializada: \$85 por receta (suministro para 30 días); \$235 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)	Minorista: \$110 por receta (suministro para 30 días) Farmacia especializada: \$110 por receta (suministro para 30 días); \$300 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.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$150 por día por centro	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	\$150 por cirujano actuante (en consultorio); \$200 por cirujano actuante (en otros centros)	No está cubierto	Usted pagará un <u>coseguro</u> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.  Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos.

Circunstancia médica común	Servicios que puede 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)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	\$250 por día por centro	\$250 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	No está cubierto	Usted pagará \$35 por visita por los servicios médicos de urgencia prestados en un centro de urgencias fuera de la red.
<b>Si lo hospitalizan</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por día hasta un máximo de \$1,500 por ingreso	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 precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	\$200 por cirujano actuante	No está cubierto	Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos. Usted pagará un <u>coseguro</u> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	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/\$250 por día hasta un máximo de \$1,500 por ingreso por atención en un centro hospitalario	No está cubierto	Se exige precertificación para los servicios de hospitalización. Reduciremos los beneficios de la hospitalización en \$500 si nadie se pone en contacto con nosotros para solicitar una precertificación.

Circunstancia médica común	Servicios que puede 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)	
<b>Si usted está embarazada</b>	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	\$250 por ingreso en un centro hospitalario	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<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); \$45 por visita (especialista)	No está cubierto	Límite de 50 visitas por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted pagará un <u>coseguro</u> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$35 por visita (atención primaria); \$45 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 <u>coseguro</u> del 30% por los agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.

Circunstancia médica común	Servicios que puede 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)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)</b>	<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.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$35 por visita (atención primaria) \$45 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 médicas.
	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 por lo general NO cubre (lea el folleto de su Plan FEHB para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA)
- Atención de largo plazo
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Cirugía cosmética
- Atención privada de enfermería
- 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 FEHB).

- Acupuntura (límite de 12 visitas por año calendario)
- Atención dental (adultos)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía bariátrica
- Audífonos
- Cuidado rutinario de los pies si está en tratamiento activo por una enfermedad metabólica o vascular periférica
- Atención quiropráctica (límite de 20 visitas por año calendario)
- Tratamiento por infertilidad

**Su derecho a mantener la cobertura:** Puede obtener ayuda si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Consulte el folleto del Plan FEHB, póngase en contacto con su oficina de RR. HH./sistema de jubilación, póngase en contacto con su plan llamando al [número de contacto] o visite [www.opm.gov/insure/health](http://www.opm.gov/insure/health). Por lo general, si pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, puede optar a una prórroga gratuita de la cobertura de 31 días, a una póliza de conversión (una póliza individual no FEHB), a la cobertura de equidad del cónyuge o a la 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 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 FEHB. 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 usted es elegible para ciertos tipos de puede no ser elegible para el crédito tributario de prima.

### ¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? [Sí]

Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan en 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'adoowoł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahtinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'i' dahodoolnih.]

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

## Información sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría 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 dentro de 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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista [costo compartido]</u>	\$45
■ Hospital (centro) <u>[costo compartido]</u>	\$250
■ Otros <u>[costo compartido]</u>	30%

#### Este EJEMPLO 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*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$290
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$350</b>

### Control 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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista [costo compartido]</u>	\$45
■ Hospital (centro) <u>[costo compartido]</u>	\$250
■ Otros <u>[costo compartido]</u>	30%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,830
<u>Coseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,030</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista [costo compartido]</u>	\$45
■ Hospital (centro) <u>[costo compartido]</u>	\$250
■ Otros <u>[costo compartido]</u>	30%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$730
<u>Coseguro</u>	\$90
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$810</b>