




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](http://fepblue.org/brochure) y ver 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 estos documentos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$350 por miembro únicamente. \$700 por miembro y otro afiliado. \$700 por miembro y familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> 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 <a href="#">plan</a> , cada familiar deberá pagar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que pagan todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de pagar el deducible.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo</a> en gastos directos del <a href="#">bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores preferidos</a> , \$6,000 por miembro únicamente/\$12,000 por miembro y otro afiliado/\$12,000 por miembro y familia; para <a href="#">proveedores no preferidos</a> , \$8,000 por miembro únicamente/\$16,000 por miembro y otro afiliado/\$16,000 por miembro y familia.	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> , 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 <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites a los gastos directos del bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
<b>¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?</b>	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , la atención médica que este <u>plan</u> 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 <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
<b>¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?</b>	Sí. Vea <a href="http://provider.fepblue.org">provider.fepblue.org</a> 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</u> dentro de la <u>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.
<b>¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b>	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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	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>	\$35 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	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.

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 realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://fepblue.org/formulary">fepblue.org/formulary</a>	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	Venta minorista: \$7.50 por receta (suministro de 30 días). Servicio por correo: \$15 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (average wholesale price, AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	Venta minorista: 22.50 por receta para un suministro de 31 hasta 90 días.
	Nivel 2 (medicamentos de marcas preferidas)	Venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> . Servicio por correo: \$90 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	Venta minorista: suministro de hasta 90 días.
	Nivel 3 (medicamentos de marcas no preferidas)	Venta minorista: 50% de <u>coseguro</u> . Servicio por correo: \$125 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	Venta minorista: suministro de hasta 90 días. Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos con receta.
	Nivel 4 ( <u>medicamentos especializados</u> preferidos)	Venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> ( <u>suministro de 30 días</u> ) Farmacia especializada: \$65 por receta (suministro de 30 días); \$185 por receta (suministro de 31 hasta 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	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)	
	Nivel 5 ( <u>medicamentos especializados</u> no preferidos)	Venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> . Farmacia especializada: \$85 por receta (suministro de 30 días); \$240 por receta (suministro de 31 hasta 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	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
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u> para centros de salud miembros y no miembros	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos.
	Honorarios del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Atención en la sala de emergencia	15% de <u>coseguro</u>	15% 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>	\$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 No paga nada cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	No paga nada cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas. Usted paga \$30 por visita para la atención relacionada con servicios médicos de emergencia realizados en un centro de atención de urgencia fuera de la red. Usted paga el 35% de coseguro por la atención relacionada con servicios médicos de emergencia que un centro fuera de la red no está autorizado para proporcionar.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$350 por admisión. No se aplica el <u>deducible</u> .	\$450 por admisión y 35% de coseguro. No se aplica el <u>deducible</u> .	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)	
	Honorarios del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos.
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	\$25 por visita para servicios profesionales. No se aplica el <u>deducible</u> . 15% de <u>coseguro</u> para los demás servicios ambulatorios.	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios internos	Sin cargo para servicios profesionales; \$350 para admisión para atención en un centro. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u> para servicios profesionales; 35% de <u>coseguro</u> para atención en un centro. No se aplica el <u>deducible</u> .	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.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	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. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Límite de 50 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Rehabilitación del paciente cardíaco ambulatorio: 15% de <u>coseguro</u> . Terapia ocupacional, cognitiva y del habla y terapia física: \$25 por visita para el proveedor de atención primaria; \$35 por visita	35% de <u>coseguro</u>	Límite de 75 visitas por año calendario. Incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.

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)	
		(especialista). No se aplica el <u>deducible</u> .		
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 por visita para el proveedor de atención primaria; \$35 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 para terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Cuidado 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 los miembros que no tienen cobertura de la Parte A de Medicare. Se requiere precertificación antes de la admisión. Deben cumplirse criterios adicionales.
	<u>Equipo médico duradero</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	Cuidado residencial tradicional (centros de salud para miembros y no miembros): \$450 de coseguro por episodio. No se aplica el <u>deducible</u> . Cuidado residencial continuo y para paciente internado (centros de salud para no miembros): \$450 por admisión más 35% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .	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.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	\$25 por visita (atención primaria). No se aplica el <u>deducible</u> . \$35 por visita (especialista). No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a exámenes relativos al tratamiento de una afección médica específica

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)	
	Anteojos para niños	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	La cobertura se limita a un par de anteojos por incidente recetado para determinadas afecciones médicas.
	Chequeo dental pediátrico	Hasta la edad de 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 cargo máximo permitido (MAC). No se aplica el <u>deducible</u> .	Todos los cargos que superen el monto programado de la tarifa. No se aplica el <u>deducible</u> .	La cobertura se limita a dos por persona 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).

- Cirugía estética
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de enfermería privada
- 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 (límite de 24 visitas por año calendario)
- Atención dental (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina si recibe tratamiento activo de una enfermedad vascular metabólica o periférica
- Cirugía bariátrica
- Audífonos

**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](http://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](http://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 instruction].

### ¿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? [Si].

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 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 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	\$350
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del <u>especialista</u>	\$35
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del hospital (instalaciones)	\$350
■ Otro [ <u>costo compartido</u> ]	15%

#### 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*)

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

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$80</b>

### 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	\$350
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del <u>especialista</u>	\$35
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del hospital (instalaciones)	\$350
■ Otro [ <u>costo compartido</u> ]	15%

#### 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*)

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

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$350
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,770</b>

### 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	\$350
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del <u>especialista</u>	\$35
■ [ <u>Costo compartido</u> ] del hospital (instalaciones)	\$350
■ Otro [ <u>costo compartido</u> ]	15%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$350
Copagos	\$400
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$850</b>