

 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 71-025) 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](http://fepblue.org/brochure), y puede consultar el glosario en [www.opm.gov/healthcare-insurance/insurance-glossary/](http://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>500</u> individual<br>\$ <u>1,000</u> individual más una persona<br>\$ <u>1,000</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. La atención preventiva, 10 visitas al consultorio, la telesalud, la atención de urgencia, los tratamientos de manipulación y la acupuntura están cubiertos antes de que alcance el 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> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| ¿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> ?   | \$ <u>9,000</u> individual<br>\$ <u>18,000</u> individual más una persona<br>\$ <u>18,000</u> 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 <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 <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 | \$10 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> . | No está cubierto  | 10 visitas por año calendario para atención primaria, especialistas y otros profesionales de salud combinados. El deducible y el coseguro se aplican a partir de la 11. <sup>a</sup> visita. 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>                                     | \$10 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> . | No está cubierto  | 10 visitas por año calendario para atención primaria, especialistas y otros profesionales de salud combinados. El deducible y el coseguro se aplican a partir de la 11. <sup>a</sup> visita.  |
|  | <u>Atención preventiva/examen médico/vacunas</u>                    | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .       | No está cubierto  | 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.   |

| 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) |   |
| <b>Si se hace una prueba</b>   | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)   | 30% de <u>coseguro</u>   | No está cubierto  | Son gratuitas las 10 primeras pruebas de laboratorio realizadas en cada una de estas diferentes categorías de pruebas de laboratorio (paneles metabólicos básicos, pruebas de detección de colesterol, hemogramas completos, perfiles de lipoproteínas en ayunas, paneles de salud general, análisis de orina) y 10 extracciones cuando no estén asociadas con la atención preventiva, de maternidad o por lesiones accidentales. |
|  | Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)   | 30% de <u>coseguro</u>   | No está cubierto  | Se exige autorización previa. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización previa.  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br>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 preferidos)  | \$5 por receta (suministro para 30 días). No se aplica el <u>deducible</u> . | No está cubierto  | \$15 por receta por un suministro para 31 a 90 días. Quedan excluidos los medicamentos genéricos no preferidos.   |
|  | Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos, <u>medicamentos especializados</u> genéricos preferidos y <u>medicamentos de marca especializados</u> preferidos) | 40% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .                  | No está cubierto  | \$350 máximo por receta para un suministro para 30 días.<br>Máximo de \$1,050 por receta para un suministro para 90 días.<br>Quedan excluidos los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos especializados no preferidos.  |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>  | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)   | 30% de <u>coseguro</u>   | No está cubierto  | Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización previa.  |
|  | Cargos del médico/cirujano   | 30% de <u>coseguro</u>   | No está cubierto  | Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización 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) |   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <u>Atención en la sala de emergencias</u>          | 30% de <u>coseguro</u>                                | 30% 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>             | 30% de <u>coseguro</u>                                | 30% de <u>coseguro</u>  | Usted no pagará nada si recibe atención médica por una lesión accidental en un plazo de 72 horas.   |
|  | <u>Atención de urgencia</u>                        | \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .   | No está cubierto  | Usted no pagará nada si recibe atención médica por una lesión accidental en un plazo de 72 horas. Usted pagará \$25 por visita por los servicios médicos de urgencia prestados en un centro de urgencias fuera de la red. |
| <b>Si lo hospitalizan</b>  | Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% de <u>coseguro</u>                                | No está cubierto  | Se exige certificación previa. Reduiremos los beneficios de la hospitalización en \$500 si nadie se pone en contacto con nosotros para solicitar una certificación previa.  |
|  | Cargos del médico/cirujano                         | 30% de <u>coseguro</u>                                | No está cubierto  | Se exige autorización previa para determinados servicios quirúrgicos. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización previa.  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios              | 30% de <u>coseguro</u>                                | No está cubierto  | Se exige autorización previa para los servicios de tratamiento residencial ambulatorio.   |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados            | 30% de <u>coseguro</u>                                | No está cubierto  | Se exige certificación previa para los servicios de hospitalización. Reduiremos los beneficios de la hospitalización en \$500 si nadie se pone en contacto con nosotros para solicitar una certificación previa.          |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas en el consultorio                          | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .         | No está cubierto  | Se solicita notificación previa. 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> .         | No está cubierto  | Se exige notificación previa.   |
|  | Servicios del centro para el parto/nacimiento      | \$1,500 de copago. No se aplica el <u>deducible</u> . | No está cubierto  | Se exige notificación 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) |   |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <u>Atención médica en casa</u>              | \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .   | No está cubierto  | 10 visitas por año calendario   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .   | No está cubierto  | 25 visitas por año calendario Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.  |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>            | \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .   | No está cubierto  | 25 visitas por año calendario La cobertura se limita a fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.   |
|  | <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  | Algunos servicios exigen autorización previa. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización previa.  |
|  | <u>Servicios de hospicio</u>                | Cuidados paliativos domiciliarios tradicionales y cuidados paliativos domiciliarios continuos: Sin cargo<br>Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados: 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto  | Se exige autorización previa para todos los servicios de cuidados paliativos. Se aplicará una penalización de \$100 si no se obtiene la autorización previa.<br>Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados: 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               | 30% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | La cobertura se limita a los exámenes relacionados con el tratamiento de una condición específica.  |
|  | Anteojos para niños                         | 30% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | La cobertura se limita a un par de anteojos por incidente recetados para determinadas condiciones.  |
|  | Control dental para niños                   | No está cubierto  | No está cubierto  | Ninguna   |

### 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 dental
- Aparatos auditivos
- 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)
- 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](http://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 shíká'adoowoł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'í 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            | \$500   |
| ■ <u>Especialista</u> [ <u>costo compartido</u> ] | \$10    |
| ■ Hospital (centro) [ <u>costo compartido</u> ]   | \$1,500 |
| ■ 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            | \$500 |
| ■ <u>Especialista</u> [ <u>costo compartido</u> ] | \$10  |
| ■ Hospital (centro) [ <u>costo compartido</u> ]   | 30%   |
| ■ 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            | \$500 |
| ■ <u>Especialista</u> [ <u>costo compartido</u> ] | \$10  |
| ■ Hospital (centro) [ <u>costo compartido</u> ]   | 30%   |
| ■ 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*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$0            |
| <u>Copagos</u>                     | \$1,500        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$50           |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,610</b> |

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$500          |
| <u>Copagos</u>                     | \$20           |
| <u>Coseguro</u>                    | \$1,700        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,240</b> |

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$500          |
| <u>Copagos</u>                     | \$100          |
| <u>Coseguro</u>                    | \$400          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,000</b> |

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