



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Lea el folleto RI 71-020 del plan de Beneficios Médicos del Servicio Postal (PSHB, Postal Service Health Benefits), 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 Beneficios Médicos del Servicio Postal.** Los beneficios pueden variar si usted 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 de Beneficios Médicos del Servicio Postal en fepblue.org/brochure y ver el glosario en www.opm.gov/healthcare-insurance/insurance-glossary. Puede llamar al 1-800-411-2583 para solicitar una copia de cualquiera de estos documentos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte el cuadro de circunstancia médica común a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. No hay deducible para servicios cubiertos.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$7,500 individual únicamente \$15,000 individual más uno \$15,000 individual más familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> , 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 este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre y las penalizaciones en caso de no obtener autorización previa para los servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Vea provider.fepblue.org o llame a su compañía local de BCBS para obtener 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 proveedor dentro de la <u>red</u> del plan. 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 proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). 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.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> .

 Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en 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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 por visita	Sin cobertura	Usted paga el 35% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. No paga nada cuando recibe atención relacionada con una lesión accidental.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 por visita	Sin cobertura	Usted paga el 35% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Usted paga 15% de coseguro para análisis de sangre; \$40 de copago para radiografías	Sin cobertura	Usted paga el 35% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100 (cuando lo factura un profesional); \$250 (cuando lo factura el centro)	Sin cobertura	Usted paga el 35% de coseguro por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con 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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en fepblue.org/formulary	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$15 por receta médica (suministro de 30 días)	Sin cobertura	\$40 por receta médica para un suministro de 31 a 90 días para copagos adicionales
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	35% de coseguro/máximo de \$150 (suministro de 30 días)	Sin cobertura	Máximo de \$450 por receta médica para un suministro de 31 a 90 días para copagos adicionales
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	60% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Usted paga 60% de <u>coseguro</u> para un suministro de hasta 90 días.
	Nivel 4 (<u>medicamentos de especialidad</u> preferidos)	Por venta minorista 35% de coseguro/máximo de \$400 (suministro de 30 días) Farmacia especializada: 35% de coseguro/máximo de \$400 (suministro de 30 días); máximo de \$1,200 (suministro de 31 a 90 días)	Sin cobertura	Por 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 médica.
	Nivel 5 (<u>medicamentos de especialidad</u> no preferidos)	Por venta minorista 35% de coseguro/máximo de \$500 (suministro de 30 días) Farmacia especializada: 35% de coseguro/máximo de \$500 (suministro de 30 días); máximo de \$1,500 (suministro de 31 a 90 días)	Sin cobertura	Por 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 médica.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por día por centro	Sin cobertura	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	\$150 por el cirujano que interviene (consultorio); \$200 por el cirujano que interviene (otros entornos)	Sin cobertura	Usted paga el 35% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención. Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$425 por día por centro	\$425 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	Sin cobertura	Usted paga \$50 por visita por la atención relacionada con los servicios de emergencia médica prestados en un centro de atención de urgencia fuera de la red.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$425 por día hasta un máximo de \$2,975 por admisión	Sin cobertura	Se requiere precertificación. Reduiremos en \$500 los beneficios para hospitalizaciones como paciente hospitalizado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	\$200 por el cirujano que interviene.	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos. Usted paga el 35% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con 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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 de <u>copago</u> por visita al consultorio. Sin cargo para servicios para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo para servicios profesionales/\$425 por día hasta un máximo de \$2,975 por admisión para atención en un centro	Sin cobertura	Se requiere precertificación para hospitalizaciones como paciente hospitalizado. Reduiremos en \$500 los beneficios para hospitalizaciones como paciente hospitalizado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo por parto en un Blue Distinction Center®, \$425 por admisión para otros centros	Sin cobertura	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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$35 por visita	Sin cobertura	Límite de 25 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$35 por visita (proveedor de atención primaria), \$50 por visita (especialista)	Sin cobertura	Límite de 50 visitas por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted paga el 35% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$35 por visita (proveedor de atención primaria), \$50 por visita (especialista)	Sin cobertura	Límite de 50 visitas por año calendario. La cobertura se limita para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted paga el 35% de <u>coseguro</u> por agentes, medicamentos y/o insumos administrados u obtenidos en relación con su atención.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	<u>Equipo médico duradero</u>	35% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Las prestaciones se brindan hasta 30 días consecutivos en un centro habilitado como centro para pacientes de cuidados paliativos o enfermos terminales.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$35 por visita (proveedor de atención primaria), \$50 por visita (especialista)	Sin cobertura	Cobertura limitada a exámenes relativos al tratamiento de una afección médica específica.
	Anteojos para niños	35% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La cobertura se limita a un par de anteojos por incidente recetado para determinadas afecciones médicas.
	Control dental para niños	\$35 por evaluación	Sin cobertura	La cobertura se limita 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 de Beneficios Médicos del Servicio Postal para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| • Tecnologías de reproducción asistida (TRA) | • Atención a largo plazo | • Atención de la vista de rutina |
| • Cirugía estética | • 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 de su plan de Beneficios Médicos del Servicio Postal).

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| • Acupuntura (límite de 12 visitas por año calendario) | • Atención dental | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Cuidado de los pies de rutina, si recibe tratamiento activo de una enfermedad vascular metabólica o periférica |
| • Cuidado quiropráctico (límite de 20 visitas por año calendario) | • Tratamiento para la infertilidad | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Puede obtener ayuda si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. Consulte el folleto del plan de Beneficios Médicos del Servicio Postal o comuníquese con su oficina de RR. HH. o sistema de retiro. También puede comunicarse con su plan al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o visitar <https://health-benefits.opm.gov/pshb>. 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 Beneficios Médicos del Servicio Postal), la cobertura de equidad para el cónyuge o la continuación de cobertura temporal (TCC, Temporary Continuation of Coverage). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: 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 de su plan de Beneficios Médicos del Servicio Postal. Si necesita ayuda, puede comunicarse con su compañía local de BCBS llamando al número de Servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio 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 nidaahtinígíí 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo 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 el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de costo compartido (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 con los distintos planes médicos. Tenga presente 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 el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$0
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$50
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (establecimiento)	\$425
■ Otro [<u>costo compartido</u>]	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico

(ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$510
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$570

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$0
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$50
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (establecimiento)	\$425
■ Otro [<u>costo compartido</u>]	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención

primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,840
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,060

Fractura simple de Mia

(visita a 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
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (establecimiento)	\$425
■ Otro [<u>costo compartido</u>]	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias

(*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$870
<u>Coseguro</u>	\$90
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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.