



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 deducible total?	\$ 350 individual únicamente \$ 700 individual más uno \$ 700 individual más familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Los montos de copago y coseguro no se tendrán en cuenta para su deducible , que generalmente comienza el 1 de enero. Cuando un servicio o un insumo cubierto está sujeto a un deducible , solamente se tendrá en cuenta para el deducible la asignación del plan para ese servicio o insumo. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores preferidos : \$6,000 individual únicamente / \$12,000 individual más uno / \$12,000 individual más familia; para proveedores no preferidos : \$8,000 individual únicamente / \$16,000 individual más uno/\$16,000 individual más familia	El límite de gastos de bolsillo , 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 plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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	\$30 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 posteriores a esta.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</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 con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.

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 se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
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)	Por venta minorista: \$7.50 por receta médica (suministro de 30 días) Servicio por correo: \$22.50 por receta médica No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP, average wholesale price) No se aplica el <u>deducible</u> .	Por venta minorista: \$22.50 por receta médica para un suministro de 31 a 90 días
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	Por venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> Servicio por correo: \$140 por receta médica No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	Por venta minorista: suministro de hasta 90 días
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Por venta minorista: 50% de <u>coseguro</u> Servicio por correo: \$175 por receta médica No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	Por venta minorista: suministro de hasta 90 días Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos con receta médica.
	Nivel 4 (<u>medicamentos de especialidad</u> preferidos)	Por venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> (suministro de 30 días) Farmacia especializada: \$100 por receta médica (suministro de 30 días); \$300 por receta médica (suministro de 31 a 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	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)	
	Nivel 5 (<u>medicamentos de especialidad</u> no preferidos)	Por venta minorista: 30% de <u>coseguro</u> (suministro de 30 días) Farmacia especializada: \$135 por receta médica (suministro de 30 días); \$405 por receta médica (suministro de 31 a 90 días). No se aplica el <u>deducible</u> .	45% del precio mayorista promedio (AWP) No se aplica el <u>deducible</u> .	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.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (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.
	Tarifas del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se requiere aprobación previa para determinados servicios quirúrgicos.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	15% de <u>coseguro</u>	15% de coseguro	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.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del 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 hospitalizado. Reduiremos en \$500 los beneficios para hospitalizaciones como paciente hospitalizado si nadie se comunica con nosotros por la precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se requiere aprobación 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 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	\$30 por visita para servicios profesionales. No se aplica el <u>deducible</u> . 15% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes ambulatorios.	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	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 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. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	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. No se aplica el <u>deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</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 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>	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, del habla y cognitiva: \$30 por visita al proveedor de 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 al proveedor de 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 para 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 cada 30 días para miembros que no tienen la Parte A de Medicare. Se requiere precertificación antes de la admisión. Se deben cumplir 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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo; además, es posible que se le facture el saldo)	
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	Cuidados en el hogar tradicionales (centros de salud miembros/ no miembros): \$450 de copago por episodio. No se aplica el <u>deducible</u> . Cuidados en el hogar continuos y para pacientes hospitalizados (centros de salud miembros): \$450 por episodio. No se aplica el <u>deducible</u> . Cuidados en el hogar continuos y para pacientes hospitalizados (centros de salud no miembros): \$450 por admisión más 35% de <u>coseguro</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .	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	\$30 por visita (atención primaria). No se aplica el deducible. \$40 por visita (especialista). <u>No se aplica el deducible</u> .	35% de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a exámenes relativos al tratamiento de una afección médica específica.
	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.

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)	
	Control dental para niños	Hasta la edad de 13 años: La diferencia entre \$12 y el cargo máximo permitido (MAC, Maximum Allowable Charge). 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 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 de su plan de Beneficios Médicos del Servicio Postal para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina
- Programas de pérdida de peso comerciales

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

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'i' 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	\$350
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$40
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (establecimiento)	\$350
■ Otro [<u>costo compartido</u>]	15%

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:

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

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	\$350
■ <u>Especialista</u> [<u>costo compartido</u>]	\$40
■ [<u>Costo compartido</u>] del hospital (establecimiento)	\$350
■ Otro [<u>costo compartido</u>]	15%

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:

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

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:

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

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