



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.** Consulte el folleto del Plan de FEHB (RI 73-834) que contiene las condiciones completas de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, las limitaciones y las exclusiones presentadas en el folleto del Plan de FEHB.** Los beneficios pueden variar si usted tiene otra cobertura, como por ejemplo 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 un folleto del Plan de FEHB en www.GlobalHealth.com, y consultar el glosario en www.GlobalHealth.com. También puede llamar al 1-877-280-2989 para solicitar una copia de cualquiera de los documentos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte el cuadro sobre Eventos Médicos Comunes incluido más abajo para conocer los costos por servicios que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de pagar todo el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha pagado aún todo el deducible . Pero podría ser aplicable un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted haya pagado todo su deducible . Obtenga una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$5,000/Titular \$7,000/Titular más una persona \$7,000/Titular más su familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares dentro de este plan , ellos deberán cumplir con sus propios límites de gastos directos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos directos de bolsillo global de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas y servicios de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Si. Véa www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-2989 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Si.	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	No cubierta	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$35/visita	No cubierta	Excepto en el caso de obstetras/ginecólogos, se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	No cubierta	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué gastos cubrirá su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierta	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Centro preferido: \$250/estudio Centro no preferido: \$500/estudio	No cubiertos	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.GlobalHealth.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Comercios: \$4/receta, genérico de bajo costo \$12/receta, genérico preferido Entrega a domicilio/ESN: \$8/receta, genérico de bajo costo \$24/receta, genérico preferido	No cubiertos	Comercios, suministros para 30 días. Entrega a domicilio o ESN (Red de Suministro Extendido), suministros para 90 días.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Comercios: \$50/receta Entrega a domicilio/ESN: \$125/receta	No cubiertos	Podría estar sujeto a <u>autorización previa</u> y otras restricciones. De no cumplirlas, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Comercios, suministros para 30 días. Entrega a domicilio o ESN (Red de Suministro Extendido), suministros para 90 días.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Comercio preferido: \$80/receta Entrega a domicilio/ESN:	No cubiertos	Podría estar sujeto a <u>autorización previa</u> y otras restricciones. De no cumplirlas, usted

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		\$240/receta		deberá pagar el costo total de los servicios. Comercios, suministros para 30 días. Entrega a domicilio o ESN (Red de Suministro Extendido), suministros para 90 días.
	Medicamentos especializados (Nivel 4 – Especialidad preferida)	<u>Coseguro</u> de 10% hasta <u>copago</u> de \$150	No cubiertos	Medicamentos de quimioterapia oral: <u>coseguro</u> de 10% hasta <u>copago</u> de \$100. Podría estar sujeto a <u>autorización previa</u> y otras restricciones. De no cumplirlas, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Comercios, suministros para 30 días.
	Medicamentos especializados (Nivel 5 – Especialidad no preferida)	<u>Coseguro</u> de 10% hasta <u>copago</u> de \$250	No cubiertos	Medicamentos de quimioterapia oral: <u>coseguro</u> de 10% hasta <u>copago</u> de \$100. Podría estar sujeto a <u>autorización previa</u> y otras restricciones. De no cumplirlas, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Comercios, suministros para 30 días.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$250/visita Centro no preferido: \$750/visita	No cubierto	<u>Se necesita referido y autorización previa.</u> De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubiertos	<u>Se necesita referido y autorización previa.</u> De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Incluido en el cargo de instalaciones.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250/visita	\$250/visita	No se aplica el <u>copago</u> de sala de emergencias si la persona es hospitalizada.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$50/evento	\$50/evento	Limitado a servicios dentro de los Estados Unidos.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25/visita	\$25/visita	Limitado a servicios dentro de los Estados Unidos.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250/día hasta \$750 de <u>copago</u> /estadia	No cubierto	<u>Se necesita referido y autorización previa,</u> excepto en casos de atención de emergencia. De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubiertos	<u>Se necesita referido y autorización previa,</u> excepto en casos de atención de

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				emergencia o parto. De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Incluido en el cargo de instalaciones.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: sin cargo Programa ambulatorio intensivo: \$35/visita Hospitalización en un centro: \$250/hospitalización	No cubiertos	Excepto para el caso de visitas al consultorio, se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. El copago de programa ambulatorio intensivo es aplicable a las 10 primeras visitas para cada plan de tratamiento, no habrá copagos durante el resto del tratamiento.
	Servicios internos	\$250/día hasta \$750 de <u>copago</u> /hospitalización	No cubiertos	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo Atención postnatal: \$25 por única vez por toda la atención postnatal ambulatoria.	No cubiertas	Ninguna
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No cubiertos	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$250/estadia	No cubiertos	Ninguna
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo	No cubierto	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Con hospitalización: sin cargo. Ambulatorios: \$30/visita	No cubiertos	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Límite de 60 visitas por año del <u>plan</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Ambulatorios: <u>copago</u> de \$30/visita	No cubiertos	Límite de 60 visitas por año del <u>plan</u> .
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Copago de \$250/hospitalización	No cubierto	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se necesita <u>referido</u> y <u>autorización previa</u> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	No cubiertos	Se necesita <u>referido y autorización previa</u> . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$40/visita	No cubierto	Límite de un examen por año del plan.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubiertos	Límite de un armazón básico y un par de lentes, o un primer par de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el folleto de FEHB de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (Adultos)
- Atención médica prolongada
- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el folleto de FEHB de su plan)

- Cirugía bariátrica
- Tratamiento quiropráctico
- Audífonos
- Tratamientos para infertilidad
- Atención oftalmológica de rutina (Adultos)
- Servicios de podología de rutina (Cubiertos solo para diabéticos)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. Para obtener información, consulte el folleto del Plan de FEHB, contacte a su oficina de Recursos Humanos/Sistema de retiro, contacte al servicio de información de su plan llamando al 1-877-280-2989 o visite www.opm.gov/insure/health. Generalmente, si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, podría ser elegible para recibir una extensión de cobertura de 31 días sin cargo, una póliza de conversión (una póliza individual que no sea FEHB), cobertura de equidad para el cónyuge o una continuación temporal de la cobertura (TCC, por sus siglas en inglés). 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.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Si no está satisfecho con una denegación de cobertura por reclamaciones según su plan, usted puede apelar. Para obtener información sobre sus derechos de apelación, consulte la Sección 3: "Cómo obtener atención" y la Sección 8: "El proceso de reclamaciones disputadas" en el folleto de FEHB de su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o esta notificación, o si necesita asistencia, póngase en contacto con: Atención al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2989 o visite www.GlobalHealth.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

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 1-877-280-2989 (TTY: 711).

————— *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 que se muestran son ejemplos de la forma en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real recibida, las tarifas que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la porción de costos que tendría que pagar según diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en cobertura para titular solamente.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$35
■ Hospital (instalaciones) <u>copago</u>	\$250
■ Otro <u>copago</u>	\$0

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*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$310

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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$35
■ Hospital (instalaciones) <u>copago</u>	\$250 per día \$750 per estadía
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$1,430

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Especialista copago</u>	\$35
■ Hospital (instalaciones) <u>copago</u>	\$250 per día \$750 per estadía
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$600