



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 RI 73-834 del plan de FEHB (Beneficios Médicos para Empleados Federales) que contiene los términos completos de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en el folleto del plan de FEHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede obtener el folleto del plan de FEHB en <https://www.globalhealth.com/pub/2019/fehb/FEHB%20BROCHURE.pdf>, y ver el glosario en https://www.globalhealth.com/media/2711/2017_uniformglossary.pdf. Para solicitar una copia de cualquiera de estos documentos, llame al 1-877-280-2989.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte más abajo el cuadro de eventos médicos comunes para conocer los costos de los servicios cubiertos por este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que usted alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto del deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$5,000 por una sola persona. \$7,000 por persona más un beneficiario adherente. \$7,000 por persona y la familia.	El límite de gastos de bolsillo , o el máximo en situación catastrófica, es el monto máximo que usted puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo de la familia completa.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-2989.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los análisis de laboratorio. Verifique esto

		con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <u>especialista</u>?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de las consultas con un <u>especialista</u> para los servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

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.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Visita al especialista	\$35 de copago por visita.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Centro preferido: \$250 por estudio. Centro no preferido: \$500 por estudio.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.GlobalHealth.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Venta minorista: \$4 por medicamento recetado, genérico de bajo costo. \$12 por medicamento recetado, genérico preferido. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$8 por medicamento recetado, genérico de bajo costo. \$24 por medicamento recetado, genérico preferido.	Sin cobertura.	La venta minorista es por un suministro para 30 días. La entrega a domicilio o la ESN (red de suministro extendido) es por un suministro para 90 días.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Venta minorista: \$50 por medicamento recetado. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$125 por medicamento recetado.	Sin cobertura.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta minorista es por un suministro para 30 días. La entrega a domicilio o la ESN (red de suministro extendido) es por un suministro para 90 días.
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Venta minorista preferida: \$80 por medicamento recetado. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$240 por medicamento recetado.	Sin cobertura.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta minorista es por un suministro para 30 días. La entrega a domicilio o la ESN (red de suministro extendido) es por un suministro para 90 días.
	Medicamentos especializados (nivel 4, de especialidad, preferidos)	10% de <u>coseguro</u> hasta \$150 de <u>copago</u> .	Sin cobertura.	Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de <u>coseguro</u> hasta \$100 de <u>copago</u> . Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta minorista es por un suministro para 30 días.
	Medicamentos de especialidad (nivel 5, de especialidad, no preferidos)	10% de <u>coseguro</u> hasta \$250 de <u>copago</u> .	Sin cobertura.	Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de <u>coseguro</u> hasta \$100 de <u>copago</u> . Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta minorista es por un

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)	
				suministro para 30 días.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$250 por visita. Centro no preferido: \$750 por visita.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en la tarifa del centro.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 por visita.	\$250 por visita.	El <u>copago</u> por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	\$50 por incidente.	\$50 por incidente.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.
	Atención de urgencia	\$25 por visita.	\$25 por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250 por día, hasta \$750 de <u>copago</u> por estancia.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> , excepto para la atención de emergencia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en la tarifa del centro.

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 necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita en el consultorio: sin cargo. Programa intensivo para pacientes ambulatorios: sin cargo. Hospitalización en el centro: \$250 por ingreso.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> para otros servicios que no sean visitas en el consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	\$250 por día, hasta \$750 de <u>copago</u> por ingreso.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo. Atención posnatal: \$25 por única vez para toda la atención posnatal ambulatoria.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$250 de <u>copago</u> por estancia.	Sin cobertura.	Ninguna.

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 necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios de rehabilitación	Atención intrahospitalaria: sin cargo. Atención ambulatoria: \$20 por visita.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 60 visitas por año del plan.
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: \$20 de <u>copago</u> por visita.	Sin cobertura.	Límite de 60 visitas por año del <u>plan</u> .
	Cuidado de enfermería especializada	\$250 de <u>copago</u> por ingreso.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Equipo médico duradero	20% de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>autorización previa</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$40 por visita.	Sin cobertura.	Límite de un examen por año del plan.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se limita a un solo par de armazones y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------------|
| • Acupuntura | • Atención a largo plazo | • Servicio de enfermería privada |
| • Cirugía estética | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. | • Programas para bajar de peso |
| • Atención dental (adultos) | | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Atención quiropráctica | • Tratamiento por infertilidad | • Atención de los pies de rutina (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos) |

Sus derechos a continuar con su cobertura: Puede obtener ayuda si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. Consulte el folleto del plan de FEHB, comuníquese con la oficina de RR. HH./sistema de pensiones, comuníquese con su plan llamando al 1-877-280-2989 o visite www.opm.gov/insure/health. Por lo general, si pierde la cobertura del plan, y según las circunstancias, usted podría ser elegible para recibir una extensión gratuita de la cobertura durante 31 días, una póliza de conversión (una póliza individual que no pertenece al programa de FEHB) o una cobertura de equidad para el cónyuge, o podría recibir una TCC (continuación de cobertura temporal). 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 conforme con alguna denegación de cobertura de sus reclamos en virtud del plan, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre sus derechos de apelación, consulte la sección 3, “Cómo recibe atención”, y la sección 8, “El proceso de reclamos en disputa”, del folleto de FEHB de su plan. Si necesita más información sobre sus derechos y sobre este aviso, o si necesita obtener asistencia, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2989 o visitando 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 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 dentro 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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$35
- [Copago](#) por ingreso en el hospital (centro) \$250 por día \$500 por estancia
- Otro [copago](#) \$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	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$35
- [Copago](#) por ingreso en el hospital (centro) \$250 por día \$500 por estancia
- Otro [coseguro](#) 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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$35
- [Copago](#) por ingreso en el hospital (centro) \$250 por día \$500 por estancia
- Otro [coseguro](#) 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
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$310