



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 \$300 por una sola persona. \$600 por persona más un beneficiario adherente. \$600 por persona y la familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Los montos de los copagos y los coseguros no cuentan como parte de su deducible , que generalmente comienza el 1.º de enero. Cuando un servicio o un suministro cubierto está sujeto a un deducible , solo la asignación del plan para ese servicio o suministro cuenta como parte del deducible . Si tiene a otros familiares en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que el monto total de los gastos de deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible de la familia completa.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios preventivos , las visitas en el consultorio, los análisis de laboratorio y los medicamentos recetados 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 \$6,500 por una sola persona. \$7,500 por persona más un beneficiario adherente. \$7,500 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 ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite	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



dentro de la red medica?	www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-2989.	una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el <u>proveedor</u> cobra y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> 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 especialista?	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 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. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Visita al especialista	\$45 por visita. No se aplica el deducible .	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. No se aplica el deducible .	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. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Centro preferido: \$350 por estudio. Centro no preferido: \$700 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: \$6 por medicamento recetado, genérico de bajo costo. No se aplica el <u>deducible</u> . \$15 por medicamento recetado, genérico preferido. No se aplica el <u>deducible</u> . Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$12 por medicamento recetado, genérico de bajo costo. No se aplica el <u>deducible</u> . \$30 por medicamento recetado, genérico preferido. No se aplica el <u>deducible</u> .	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: \$70 por medicamento recetado. No se aplica el <u>deducible</u> . Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$150 por medicamento recetado. No se aplica el <u>deducible</u> .	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: \$105 por medicamento recetado. No se aplica el <u>deducible</u> . Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$270 de <u>copago</u> por medicamento recetado. No se aplica el <u>deducible</u> .	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 \$200 de <u>copago</u> . No se aplica el <u>deducible</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 \$300 de <u>copago</u> . No se aplica el <u>deducible</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

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)	
				minorista es por un suministro para 30 días.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$500 por visita. Centro no preferido: \$1,000 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	\$300 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	\$75 por incidente.	\$50 por incidente.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.
	Atención de urgencia	\$45 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	\$25 por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 por día, hasta \$1,500 por ingreso.	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.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita en el consultorio: sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . Programa intensivo para pacientes ambulatorios: sin cargo. Hospitalización parcial en el centro: \$500 por día.	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	\$500 por día, hasta \$1,500 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.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . Atención prenatal: \$45 por única vez para toda la atención posnatal. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	No se aplican <u>costos compartidos</u> para los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	Sin cobertura.	Los servicios profesionales de parto/nacimiento se incluyen en los servicios del centro.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$300 por día, hasta \$900 por ingreso.	Sin cobertura.	Ninguna.
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: \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</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. Límite de 60 visitas por año del plan.
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: \$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Centros ambulatorios y de rehabilitación: límite de 60 visitas por año del <u>plan</u> .
	Cuidado de enfermería especializada	\$500 por ingreso.	Sin cobertura.	
	Equipo médico duradero	30% 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.	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$40 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	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](#).)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía estética• Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Atención a largo plazo• Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Servicio 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 documento de su [plan](#).)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Tratamiento por infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (adultos)• 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](#) \$300
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$45
- [Copago](#) por ingreso en el hospital (centro) \$300 por día \$900 por ingreso
- 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:

Costo compartido	
Deducibles	\$300
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$910

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) \$500 por día \$1,500 por ingreso
- 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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$1,930

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) \$500 por día \$1,500 por ingreso
- 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:

Costo compartido	
Deducibles	\$300
Copagos	\$500
Coseguro	\$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$810