



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 cuadernillo del plan de FEHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Para una definición de los términos de uso común, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede obtener el cuadernillo del plan de FEHB en https://globalhealth.com/media/pocjvuor/2020_brochure_spanish.pdf, y ver el glosario en https://www.globalhealth.com/media/2711/2017_uniformglossary.pdf. Para solicitar una copia de cualquiera de estos documentos, puede llamar 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 alcance un deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó la cantidad 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 alcance su deducible . Encuentre una 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 miembro individual. \$7,000 por miembro individual más beneficiario adherente. \$7,000 por miembro individual más familia.	El límite de gastos de bolsillo , o el máximo en situación catastrófica, es la cantidad máxima 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 medica ?	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 . Pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan . 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 saldo). 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 proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Si.	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 está cubierto.	Ninguna.
	Visita al especialista	\$35 de copago por visita.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	<u>Atención quiropráctica</u>	\$20 de copago por visita.	No está cubierto.	Los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas por año calendario.
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	Sin cargo.	No está cubierto.	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo.	No está cubierto.	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Centro preferido: \$250 de copago por estancia. Centro no preferido: \$500 de copago por estancia.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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 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)	Suministro para 30 días: \$4 de <u>copago</u> por receta, medicamento genérico de bajo costo. \$12 de <u>copago</u> por receta, medicamento genérico preferido. Suministro para 90 días: \$8 de <u>copago</u> por receta, medicamento genérico de bajo costo. \$24 de <u>copago</u> por receta, medicamento genérico preferido.	No está cubierto.	El suministro para 30 días se surte en farmacias minoristas. El suministro para 90 días puede surtir en farmacias minoristas o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Suministro para 30 días: \$50 de <u>copago</u> por receta. Suministro para 90 días: \$125 de <u>copago</u> por receta.	No está cubierto.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de autorización previa. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se surte en farmacias minoristas. El suministro para 90 días puede surtir en farmacias minoristas o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Suministro para 30 días: \$80 de <u>copago</u> por receta. Suministro para 90 días: \$240 de <u>copago</u> por receta.	No está cubierto.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de autorización previa. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se surte en farmacias minoristas. El suministro para 90 días puede surtir en farmacias minoristas o mediante pedido por correo.

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 . (continúa)	Medicamentos especializados (nivel 4, especialidad preferida)	10% de <u>coseguro</u> hasta \$150 de <u>copago</u> .	No está cubierto.	Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de <u>coseguro</u> hasta \$100 de <u>copago</u> . Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta es por un suministro para 30 días.
	Medicamentos de especialidad (nivel 5, especialidad no preferida)	10% de <u>coseguro</u> hasta \$250 de <u>copago</u> .	No está cubierto.	Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de <u>coseguro</u> hasta \$100 de <u>copago</u> . Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta 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: \$250 de <u>copago</u> /visita Centro no preferido: \$750 de <u>copago</u> /visita	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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 de <u>copago</u> por visita.	\$250 de <u>copago</u> 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 de <u>copago</u> /evento	\$50 de <u>copago</u> /evento.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.
	Atención de urgencia	\$25 de <u>copago</u> por visita.	\$25 de <u>copago</u> por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos.

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 le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250 de copago por día, hasta \$750 de copago por ingreso.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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. Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo. Hospitalización parcial en el centro: \$200 de <u>copago</u> por ingreso.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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 de <u>copago</u> por día, hasta \$750 de <u>copago</u> por ingreso.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal y posnatal: Sin cargo.	No está cubierto.	Ninguna.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	No está cubierto.	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$250 de <u>copago</u> por ingreso.	No está cubierto.	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.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios de rehabilitación	Atención intrahospitalaria: Sin cargo. Atención ambulatoria: \$20 de <u>copago</u> por visita.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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.	No está cubierto.	Límite de 60 visitas por año del <u>plan</u> .
	Cuidado de enfermería especializada	\$250 de <u>copago</u> por ingreso.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Equipo médico duradero	20% de <u>coseguro</u> .	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</u> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo.	No está cubierto.	Se requieren <u>derivación</u> y <u>preautorización</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 de <u>copago</u> por visita.	No está cubierto.	Límite de un examen por año del plan.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	No está cubierto.	Se limita a un solo par de monturas y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto.	No está cubierto.	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
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Servicio de enfermería privado
- Programas de pérdida de peso

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

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

Sus derechos a continuar con su cobertura: Puede obtener ayuda si quiere 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, podría ser elegible para recibir una extensión gratuita de la cobertura por 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 bajo su 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 1-877-280-2964 (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
- [Especialista copago](#) \$35
- Hospital (instalaciones) \$250 por día
- [copago](#) \$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	\$12,840
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$250
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
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
- [Especialista copago](#) \$35
- Hospital (instalaciones) \$250 por día
- [copago](#) \$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	\$7,460
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$720
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$780

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$35
- Hospital (instalaciones) \$250 por día
- [copago](#) \$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	\$2,010
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coseguro	\$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$250

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.