El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir 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 (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Lea el folleto del Plan FEHB (71-004), que contiene todos los términos de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en el folleto del Plan FEHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede obtener el folleto del Plan FEHB y consultar el Glosario en www.apwuhp.com. También puede llamar al 1-800-222-2798 para solicitar una copia de cualquiera de los dos documentos.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante:
¿Qué es la Cuenta de Atención Personal (PCA, por sus siglas en inglés)?	$1,200 / Individual $2,400 / Individual más una persona $2,400 / Individual y familia		Su PCA es financiada por el plan de salud y se utiliza para pagar el 100 % de los servicios **cubiertos**. Cualquier monto no utilizado se transfiere al año siguiente, hasta alcanzar un saldo máximo en la PCA de $5,000 para la cobertura Individual o de $10,000 para las coberturas Individual más una persona e Individual y familia.
¿Cuál es el deducible general?	**Deducible neto dentro de la red:** $1,000 / Individual $2,000 / Individual más una persona $2,000 / Individual y familia	**Deducible neto fuera de la red:** $1,500 / Individual $3,000 / Individual más una persona $3,000 / Individual y familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los servicios de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia están cubiertos por el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el total de los gastos aplicados al deducible y pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance el deducible?	Sí: atención preventiva y atención de maternidad dentro de la red.		Este plan cubre algunos productos y servicios aunque usted todavía no haya alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.		No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	**Dentro de la red:** $6,500 / Individual $13,000 / Individual más una persona e Individual y familia	**Fuera de la red:** $15,000 / Individual $30,000 / Individual más una persona e Individual y familia	El límite de gastos de bolsillo, o máximo catastrófico, es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia están cubiertos por este plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar de gastos de bolsillo.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, servicios no cubiertos y cargos por (facturación de saldos).		Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite https://www.apwuhp.com/federal-member/find-provider/ o llame al 800-222-2798 para obtener una lista de proveedores de la red.		Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que un proveedor dentro de la red podría utilizar los servicios de un proveedor fuera de la red para ciertas prestaciones (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista?	No.		Puede consultar al especialista de su elección sin una remisión.

Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en esta tabla corresponden a los costos que usted paga después de alcanzar su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más y, además, podría recibir una factura por el saldo)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Ninguna
	Consulta con un especialista	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	No se necesita una remisión.
	Atención preventiva, pruebas de detección y vacunas	Nada (no se aplica deducible).	Todos los cargos una vez que se agoten los fondos de la PCA	Un examen de rutina por persona cada año calendario. Los servicios recomendados conforme a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible están cubiertos al 100 % cuando se reciben de proveedores dentro de la red.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Ninguna
	Estudios de diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y resonancias magnéticas)	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en https://welcome.optumrx.com/rxexternal/external-drug-pricing?planCode=UQZA05RH9&clientCode=UQZA05RH9 (www.apwuhp.com)	Medicamentos de nivel 1	Coseguro del 25 %, con un máximo de $200 en farmacia y $600 por pedido por correo	Todos los cargos	Se cubre un suministro de hasta 90 días (receta surtida en farmacia o por correo). Se requiere una revisión de cobertura (autorización) para ciertos medicamentos recetados aprobados por la FDA. Los afiliados deben adquirir sus medicamentos de especialidad a través de OptumRx Specialty Pharmacy.
	Medicamentos de nivel 2	Coseguro del 25 %, con un máximo de $200 en farmacia y $600 por pedido por correo	Todos los cargos	
	Medicamentos de nivel 3	Coseguro del 40 %, con un máximo de $300 en farmacia y $900 por pedido por correo	Todos los cargos	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., un centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización para algunos servicios.
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización para algunos servicios.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 15 %	Coseguro del 15 %	No se le aplicará (facturación de saldos) cuando reciba servicios de proveedores fuera de la red.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más y, además, podría recibir una factura por el saldo)	
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 % Coseguro del 15 % (ambulancia aérea)	Dentro de las 24 horas posteriores a una emergencia médica. No se le aplicará la facturación de saldos cuando utilice proveedores fuera de la red para servicios de ambulancia aérea (deben ser médicamente necesarios).
	Atención de urgencia	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Ninguna
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización. En caso de incumplimiento, los beneficios se reducirán en $500.
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	No se requiere autorización para las consultas en el consultorio, pero podría requerirse para ciertos procedimientos.
	Servicios de hospitalización	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización. En caso de incumplimiento, los beneficios del plan se reducirán en $500.
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Nada (no se aplica deducible)	Coseguro del 50 %	Ninguna
	Servicios profesionales para el parto o nacimiento	Nada (no se aplica deducible)	Coseguro del 50 %	Ninguna
	Servicios del centro para el parto o nacimiento	Nada (no se aplica deducible)	Coseguro del 50 %	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domiciliario	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	50 visitas domiciliarias por año calendario (en conjunto con la atención de enfermería especializada), con un pago máximo del plan equivalente a 2 horas por día.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	60 visitas por año calendario para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla combinadas.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Consulte los servicios de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	50 visitas domiciliarias por año calendario (en conjunto con la atención médica domiciliaria), con un pago máximo del plan equivalente a 2 horas por día.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 15 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos	Cualquier monto que exceda el límite máximo anual de $15,000 para servicios ambulatorios y de hospitalización combinados	Cualquier monto que exceda el límite máximo anual de $15,000 para servicios ambulatorios y de hospitalización combinados	Incluye planificación anticipada de la atención. Beneficio de $200 por duelo.
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Examen de la vista para niños	Todos los cargos	Todos los cargos	Se puede utilizar una parte de los fondos de su PCA.
	Anteojos para niños	Todos los cargos	Todos los cargos	Se puede utilizar una parte de los fondos de su PCA.
	Revisión dental para niños	Todos los cargos	Todos los cargos	Se puede utilizar una parte de los fondos de su PCA.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el folleto FEHB de su plan para obtener información adicional y una lista de otros servicios excluidos).		
• Cirugía estética	• Atención de largo plazo	• Atención ocular de rutina (adultos)
• Atención dental (adultos)	• Enfermería privada	• Atención de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el folleto FEHB de su plan).		
• Acupuntura	• Audífonos	• Atención médica que no sea de emergencia al viajar al extranjero
• Cirugía bariátrica	• Tratamiento de infertilidad (excepto fertilización in vitro [FIV, por sus siglas en inglés])	• Programa para bajar de peso
• Atención quiropráctica		

Sus derechos para continuar con la cobertura: Puede obtener ayuda si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. Consulte el folleto del Plan FEHB, comuníquese con su oficina de recursos humanos o sistema de jubilación, comuníquese con su plan al 1-800-222-2798 o visite https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare. Por lo general, si pierde cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, podría ser elegible para una extensión gratuita de cobertura de 31 días, una póliza de conversión (una póliza individual fuera del programa FEHB), cobertura de equidad conyugal o continuación temporal de cobertura (TCC, por sus siglas en inglés). También podría disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de un 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.

Sus derechos para presentar quejas y apelaciones: Si no está satisfecho con una denegación de cobertura de una reclamación presentada bajo su plan, es posible que pueda apelar. Para obtener información sobre sus derechos de apelación, consulte la sección 3, "Cómo obtener atención", y la sección 8, "El proceso de reclamaciones impugnadas", del folleto FEHB de su plan. Si necesita ayuda, puede visitar: www.apwuhp.com.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, podría ser elegible para recibir un crédito tributario para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos.

Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-718-1299.
Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-718-1299.
中文: 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-718-1299.
Dine: Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-718-1299.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

Deducible general del plan	**$1,000**
Coseguro por consulta con un especialista	**15 %**
Coseguro del hospital (centro)	**15 %**
Otros coseguros	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Consulta en el consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto o nacimiento
Servicios del centro para el parto o nacimiento
Pruebas 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	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

Deducible general del plan	**$1,000**
Coseguro por consulta con un especialista	**15 %**
Coseguro del hospital (centro)	**15 %**
Otros coseguros	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de la glucosa*)

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$0
Coseguro	$780
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es ***Nota: Joe utilizó su PCA***	**$1,780**

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

Deducible general del plan	**$1,000**
Coseguro por consulta con un especialista	**15 %**
Coseguro del hospital (centro)	**15 %**
Otros coseguros	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluidos los suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$0
Coseguro	$90
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es ***Nota: Mia utilizó su PCA***	**$1,090**

El **plan** será responsable de los otros costos de este EJEMPLO de servicios cubiertos.