Ang Buod ng mga Benepisyo at Saklaw (SBC) ay makatutulong sa inyo na pumili ng planong pangkalusugan. Ipinapakita ng SBC kung paano paghahatian ninyo at ng plano ang gastos para sa mga saklaw na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. TANDAAN: Ang impormasyon tungkol sa gastos ng planong ito (tinatawag na premium) ay ibibigay nang hiwalay. Ito ay buod lamang. Pakibasa ang brochure ng Planong FEHB (71-004) na naglalaman ng kumpletong mga tuntunin ng planong ito. **Lahat ng benepisyo ay napapailalim sa mga kahulugan, limitasyon, at pagbubukod na nakasaad sa brochure ng Planong FEHB**. Maaaring mag-iba ang mga benepisyo kung mayroon kayong ibang saklaw, tulad ng Medicare. Para sa mga pangkalahatang kahulugan ng mga karaniwang termino, gaya ng pinapahintulutang halaga, pagsingil sa balanse, coinsurance, copayment, deductible, provider, o iba pang nakasalungguhit na termino, tingnan ang Talasalitaan. Makukuha ninyo ang brochure ng Planong FEHB at mababasa ang Talasalitaan sa www.apwuhp.com. Maaari kayong tumawag sa 1-800-222-2798 upang humiling ng kopya ng alinmang dokumento.

Mahahalagang Tanong	Mga Sagot		Bakit Ito Mahalaga:
Magkano ang kabuuang deductible?	**Nasa Network:** $450/Sarili Lang $800/Sarili at Isa Pa $800/Sarili at Pamilya	**Wala sa Network:** $1,000/Sarili Lang $2,000/Sarili at Isa Pa $2,000/Sarili at Pamilya	Sa pangkalahatan, dapat ninyong bayaran ang lahat ng gastos mula sa mga provider hanggang sa halaga ng deductible bago magsimulang magbayad ang planong ito. Kung may iba pang miyembro ng pamilya sa plano, dapat maabot ng bawat isa ang sariling deductible hanggang ang kabuuang gastos para sa deductible na binayaran ng lahat ng miyembro ay umabot sa kabuuang deductible ng pamilya.
May mga serbisyo bang saklaw bago ninyo maabot ang inyong deductible?	Oo: Mga serbisyong pang-iwas sa sakit, pagpapatingin sa tanggapan, virtual na pagpapatingin, agarang pangangalaga, mga inireresetang gamot, pangangalaga sa pagbubuntis at panganganak, ilang pagsusuri sa laboratoryo, mga hearing aid, pangangalagang chiropractic at acupuncture.		Sinasaklaw ng planong ito ang ilang bagay at serbisyo kahit hindi pa ninyo naaabot ang halaga ng deductible. Ngunit maaaring may copayment o coinsurance. Tingnan ang listahan ng mga saklaw na serbisyong pang-iwas sa sakit sa: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
May iba pa bang deductible para sa mga partikular na serbisyo?	Wala.		Hindi ninyo kailangang maabot ang mga deductible para sa mga partikular na serbisyo.
Magkano ang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa para sa planong ito?	**Nasa Network:** $6,500/Sarili Lang $13,000/Sarili at Isa Pa at Sarili at Pamilya	**Wala sa Network:** $15,000/Sarili Lang $30,000/Sarili at Isa Pa at Sarili at Pamilya	Ang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa, o pinakamataas na taunang halagang babayaran (catastrophic maximum), ay ang pinakamalaking halagang maaari ninyong bayaran sa isang taon para sa mga saklaw na serbisyo. Kung may iba pang miyembro ng pamilya sa planong ito, dapat nilang maabot ang sariling limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa hanggang maabot ang kabuuang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng pamilya.
Ano ang hindi kasama sa limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa?	Mga premium, hindi saklaw na serbisyo at mga singil (pagsingil sa balanse), $300 na copayment para sa Non-PPO.		Kahit binabayaran ninyo ang mga gastos na ito, hindi ito ibinibilang sa limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa.
Mas kaunti ba ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng provider na nasa network?	Oo. Tingnan ang https://www.apwuhp.com/federal-member/find-provider/ o tumawag sa 800-222-2798 para sa listahan ng mga provider na nasa network.		Gumagamit ang planong ito ng network ng mga provider. Mas kaunti ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng provider na nasa network ng plano. Pinakamalaki ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng provider na wala sa network, at maaari kayong makatanggap ng bill mula sa provider para sa diperensya sa pagitan ng singil ng provider at ng binabayaran ng inyong plano (pagsingil sa balanse). Tandaan, maaaring gumamit ang inyong provider na nasa network ng provider na wala sa network para sa ilang serbisyo (tulad ng pagsusuri sa laboratoryo). Magtanong sa inyong provider bago tumanggap ng mga serbisyo.
Kailangan ba ninyo ng referral upang magpatingin sa isang espesyalista?	Hindi.		Maaari kayong magpatingin sa espesyalistang pinili ninyo nang walang referral.

Ang lahat ng halaga ng copayment at coinsurance na ipinapakita sa talahanayang ito ay ang mga halagang babayaran ninyo matapos maabot ang inyong deductible, kung naaangkop ang deductible.

Karaniwang Medikal na Pangyayari	Mga Serbisyong Maaaring Kailanganin Ninyo	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsiyon, at Iba pang Mahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakakaunti ang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamalaki ang babayaran ninyo, at maaari ring singilin sa inyo ang balanse)	
Kung bibisita kayo sa tanggapan o klinika ng provider ng pangangalagang pangkalusugan	Pagpapatingin para sa pangunahing pangangalaga upang gamutin ang pinsala o sakit	$25 na copayment (Walang nalalapat na deductible).	40% coinsurance	Mga Pagpapatingin sa Teladoc Telehealth – libre ang unang dalawang pagpapatingin, walang bahagi ng gastos na babayaran ang miyembro; $10 na copayment (walang deductible) pagkatapos ng unang dalawa.
	Pagpapatingin sa espesyalista	$25 na copayment (Walang nalalapat na deductible).	40% coinsurance	Hindi kailangan ng referral. Walang deductible.
	Pangangalagang pang-iwas sa sakit/screening/ pagpapabakuna	Wala (Walang nalalapat na deductible).	40% coinsurance	Isang regular na pagsusuri bawat tao bawat taon ng kalendaryo. Ang mga serbisyong inirerekomenda sa ilalim ng Patient Protection and Affordable Care Act ay binabayaran nang 100% kapag gumagamit ng mga provider na nasa network.
Kung sasailalim kayo sa pagsusuri	Diagnostic na pagsusuri (X-ray, pagsusuri sa dugo)	Walang babayaran sa mga lokasyon ng LabCorp at Quest Diagnostics (Walang nalalapat na deductible); 15% coinsurance sa lahat ng iba pang lokasyon	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon para sa genetic na pagsusuri.
	Imaging (mga CT/PET scan, MRI)	15% coinsurance	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon; babawasan ng $100 ang mga benepisyo kung hindi masusunod ang kinakailangan sa awtorisasyon.
Kung kailangan ninyo ng gamot upang gamutin ang inyong sakit o kondisyon Ang karagdagang impormasyon tungkol sa **saklaw ng inireresetang gamot** ay makukuha sa **welcome.optumrx.com/apwuhp** (www.apwuhp.com)	Mga Tier 1 na gamot	$10 na copayment (sa parmasya); $20 na copayment (pag-order sa koreo)	50% coinsurance	Walang nalalapat na deductible. Saklaw ang suplay ng gamot para sa hanggang 30 araw (reseta sa parmasya) at hanggang 90 araw (reseta sa pag-order sa koreo). Kinakailangan ang pagsusuri ng saklaw (paunang awtorisasyon) para sa ilang inireresetang gamot na aprubado ng FDA.
	Mga Tier 2 na gamot	25% coinsurance hanggang $200 sa parmasya; hanggang $300 sa pag-order sa koreo	50% coinsurance	
	Mga Tier 3 na gamot	45% coinsurance hanggang $300 sa parmasya; hanggang $500 sa pag-order sa koreo	50% coinsurance	
	Gamot para sa diabetes	Insulin: $25 na copayment – 30 araw $75 na copayment – 90 araw Mga generic na iniinom na gamot; mga lancet at test strip na nasa pormularyo: $0 sa pag-order sa koreo	50% coinsurance	
	Mga specialty na gamot	25% coinsurance sa Tier 4 – hanggang $300 sa parmasya; hanggang $150 sa pag-order sa koreo;	50% coinsurance	

Karaniwang Medikal na Pangyayari	Mga Serbisyong Maaaring Kailanganin Ninyo	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsiyon, at Iba pang Mahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakakaunti ang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamalaki ang babayaran ninyo, at maaari ring singilin sa inyo ang balanse)	
		25% coinsurance sa Tier 5 – hanggang $600 sa parmasya; hanggang $300 sa pag-order sa koreo; 45% coinsurance sa Tier 6 – hanggang $1,000 sa parmasya; hanggang $500 sa pag-order sa koreo		
Kung sasailalim kayo sa outpatient na operasyon	Bayarin sa pasilidad (hal., ambulatory surgery center)	15% coinsurance (Walang nalalapat na deductible)	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon para sa ilang outpatient na operasyon.
	Mga bayarin sa doktor/siruhano	15% coinsurance	40% coinsurance	Kinakailangan ang copayment para sa ilang outpatient na operasyon.
Kung kailangan ninyo ng agarang medikal na pangangalaga	Pangangalaga sa emergency room	Walang babayaran para sa pinsalang dulot ng aksidente (walang nalalapat na deductible); 15% coinsurance	Walang babayaran para sa pinsalang dulot ng aksidente (walang nalalapat na deductible); 15% coinsurance	Para sa pinsalang dulot ng aksidente, dapat makatanggap ng pangangalaga sa loob ng 72 oras. Hindi kayo sisingilin ng balanse kapag gumagamit ng mga provider na wala sa network.
	Medikal na transportasyong pang-emergency	15% coinsurance (Walang nalalapat na deductible)	40% coinsurance (Walang nalalapat na deductible) 15% coinsurance (air ambulance) (Walang nalalapat na deductible)	Sa loob ng 72 oras mula sa medikal na emergency. Hindi kayo sisingilin ng balanse para sa air ambulance mula sa mga provider na wala sa network (dapat may medikal na pangangailangan).
	Agarang pangangalaga	$30 na copayment (Walang nalalapat na deductible)	40% coinsurance	
Kung mananatili kayo sa ospital	Bayarin sa pasilidad (hal., kuwarto sa ospital)	15% coinsurance (Walang nalalapat na deductible)	40% coinsurance ($300 na copayment)	Kinakailangan ang awtorisasyon; babawasan ng $500 ang mga benepisyo kung hindi masusunod ang kinakailangan sa awtorisasyon.
	Mga bayarin sa doktor/siruhano	15% coinsurance	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon para sa ilang operasyon.
Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip, kalusugan ng pag-uugali, o pag-abuso sa mga sangkap	Mga outpatient na serbisyo	$25 na copayment para sa pagpapatingin sa tanggapan; 15% coinsurance para sa iba pang serbisyo	40% coinsurance	Hindi kailangan ang awtorisasyon para sa pagpapatingin sa tanggapan (walang deductible), ngunit maaaring kailanganin para sa ilang pamamaraan.
	Mga inpatient na serbisyo	15% coinsurance	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon; babawasan ng $500 ang mga benepisyo kung hindi masusunod ang kinakailangan sa awtorisasyon.
Kung kayo ay buntis	Mga pagpapatingin sa tanggapan	Wala (Walang Nalalapat na Deductible)	40% coinsurance	Wala
	Mga serbisyong propesyonal para sa panganganak	Wala (Walang Nalalapat na Deductible)	40% coinsurance	Wala

Karaniwang Medikal na Pangyayari	Mga Serbisyong Maaaring Kailanganin Ninyo	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsiyon, at Iba pang Mahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakakaunti ang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamalaki ang babayaran ninyo, at maaari ring singilin sa inyo ang balanse)	
	Mga serbisyo ng pasilidad para sa panganganak	Wala (Walang Nalalapat na Deductible)	40% coinsurance	Wala
Kung kailangan ninyo ng tulong sa paggaling o may iba pang espesyal na pangangailangang pangkalusugan	Pangangalagang pangkalusugan sa tahanan	15% coinsurance	40% coinsurance	Hanggang 50 pagbisita sa tahanan bawat taon ng kalendaryo (kasama sa limitasyong ito ang pangangalaga ng mga bihasang nars). Hanggang 2 oras bawat araw ang babayaran ng Plano.
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon	15% coinsurance	40% coinsurance	Hanggang 60 pagbisita bawat taon ng kalendaryo para sa pinagsamang PT/OT/ST. Kinakailangan ang awtorisasyon para sa ST lamang.
	Mga serbisyo sa habilitasyon	15% coinsurance	40% coinsurance	Tingnan ang Mga serbisyo sa rehabilitasyon.
	Pangangalaga ng mga bihasang nars	15% coinsurance	40% coinsurance ($300 na copayment)	Hanggang 50 pagbisita sa tahanan bawat taon ng kalendaryo (kasama sa limitasyong ito ang pangangalagang pangkalusugan sa tahanan). Hanggang 2 oras bawat araw ang babayaran ng Plano.
	Matibay na kagamitang medikal	15% coinsurance	40% coinsurance	Kinakailangan ang awtorisasyon.
	Mga serbisyo ng hospisyo	Anumang halagang lampas sa taunang limitasyong $15,000 para sa pinagsamang mga serbisyong outpatient at inpatient	Anumang halagang lampas sa taunang limitasyong $15,000 para sa pinagsamang mga serbisyong outpatient at inpatient	Kasama ang maagang pagpaplano at $200 na benepisyo para sa pagdadalamhati.
Kung kailangan ng inyong anak ng pangangalaga sa ngipin o mata	Pagsusuri sa mata ng mga bata	Lahat ng singil	Lahat ng singil	
	Mga salamin sa mata ng mga bata	Lahat ng singil	Lahat ng singil	
	Pagsusuri sa ngipin ng mga bata	30% coinsurance (Walang nalalapat na deductible)	30% coinsurance (Walang nalalapat na deductible)	Limitado sa 2 pagpapasuri/paglilinis kada taon, kabilang ang mga X-ray, pagpapasta at simpleng pagbunot ng ngipin.

Mga Hindi Saklaw na Serbisyo at Iba pang Saklaw na Serbisyo:

Mga Serbisyong Karaniwang HINDI Sinasaklaw ng Inyong Plano (Tingnan ang brochure ng inyong planong FEHB para sa higit pang impormasyon at listahan ng iba pang mga hindi saklaw na serbisyo.)

- Operasyong pampaganda
- Pangmatagalang pangangalaga
- Pribadong pangangalaga
- Regular na pangangalaga sa mata (Nasa hustong gulang)
- Regular na pangangalaga sa paa

Iba pang Saklaw na Serbisyo (Maaaring may mga limitasyon sa mga serbisyong ito. Hindi ito kumpletong listahan. Pakitingnan ang brochure ng inyong planong FEHB.)

- Acupuncture
- Operasyong bariatriko
- Pangangalagang chiropractic
- Pang-iwas na pangangalaga sa ngipin para sa mga nasa hustong gulang
- Mga hearing aid
- Paggamot sa kawalan ng kakayahang magkaanak (maliban sa IVF)
- Pangangalagang hindi pang-emergency kapag naglalakbay sa ibang bansa
- Programa sa pagbabawas ng timbang

Mga Karapatan Ninyo sa Pagpapatuloy ng Saklaw: Maaari kayong humingi ng tulong kung nais ninyong ipagpatuloy ang inyong saklaw matapos itong magwakas. Tingnan ang brochure ng Planong FEHB, makipag-ugnayan sa inyong tanggapan ng HR/sistema ng pagreretiro, makipag-ugnayan sa inyong plano sa 1-800-222-2798 o bisitahin ang https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare.

Sa pangkalahatan, kung mawalan kayo ng saklaw sa plano, depende sa mga pangyayari, maaari kayong maging karapat-dapat sa 31 araw na libreng pagpapalawig ng saklaw, saklaw na spouse equity, o pansamantalang pagpapatuloy ng saklaw (TCC). Maaaring mayroon din kayong ibang opsyon sa saklaw, kabilang ang pagbili ng indibidwal na saklaw ng insurance sa Health Insurance Marketplace. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Marketplace, bisitahin ang www.HealthCare.gov o tumawag sa 1-800-318-2596.

Mga Karapatan Ninyo sa Reklamo at Pag-apela: Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyong tanggihan ang saklaw para sa mga claim sa ilalim ng inyong plano, maaaring makapag-apela kayo. Para sa impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela, tingnan ang Seksyon 3, "Paano kayo makakakuha ng pangangalaga," at Seksyon 8, "Ang proseso para sa mga pinagtatalunang claim," sa brochure ng inyong planong FEHB. Kung kailangan ninyo ng tulong, maaari ninyong bisitahin ang: www.apwuhp.com.

Natutugunan ba ng planong ito ang Mga Pamantayan sa Pinakamababang Halaga? **Oo**
Kung hindi natutugunan ng inyong plano ang Mga Pamantayan sa Pinakamababang Halaga, maaari kayong maging karapat-dapat sa kredito sa buwis para sa premium upang makatulong sa pagbabayad ng plano sa Marketplace.

Mga Serbisyo ng Tulong sa Wika:
[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-222-2798.
[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ng tulong sa Tagalog, tumawag sa 1-800-222-2798.
[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-222-2798.
[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-222-2798.

——————Upang makita kung paano maaaring saklawin ng planong ito ang mga gastos sa isang halimbawang medikal na sitwasyon, tingnan ang susunod na seksyon.——————

Tungkol sa Mga Halimbawa ng Saklaw:

Hindi ito isang pagtataya ng gastos. Ang mga paggamot na ipinapakita ay mga halimbawa lamang kung paano maaaring saklawin ng planong ito ang medikal na pangangalaga. Mag-iiba ang inyong aktuwal na gastos batay sa pangangalagang natatanggap ninyo, mga presyong sinisingil ng inyong mga provider, at marami pang salik. Bigyang-pansin ang mga halagang babayaran ninyo bilang bahagi ng gastos (mga deductible, copayment at coinsurance) at ang mga serbisyong hindi saklaw ng plano. Gamitin ito upang ihambing ang bahaging maaari ninyong bayaran sa iba't ibang planong pangkalusugan. Tandaan na ang mga halimbawang ito ay batay sa saklaw para sa Sarili Lang.

Magkakaanak si Peg
(9 buwan ng pangangalagang prenatal na nasa network at panganganak sa ospital)

Ang kabuuang deductible ng plano	**$450**
Copayment sa espesyalista	**$25**
Coinsurance sa ospital (pasilidad)	**15%**
Iba pang coinsurance	**15%**

Kasama sa HALIMBAWANG ito ang mga serbisyong tulad ng:
Mga pagpapatingin sa tanggapan ng espesyalista *(pangangalagang prenatal)*
Mga Serbisyong Propesyonal para sa Panganganak
Mga Serbisyo ng Pasilidad para sa Panganganak
Mga diagnostic na pagsusuri (*ultrasound at pagsusuri sa dugo)*
Pagpapatingin sa espesyalista *(anesthesia)*

Kabuuang Gastos sa Halimbawa	**$12,700**

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Peg ay:

Pagbabahagi ng Gastos	
Mga deductible	$0
Mga copayment	$0
Coinsurance	$0
Ang hindi saklaw	
Mga limitasyon o pagbubukod	$0
Ang kabuuang babayaran ni Peg ay	**$0**

Pagkontrol sa type 2 diabetes ni Joe
(isang taon ng regular na pangangalaga sa loob ng network para sa kondisyong maayos na nakokontrol)

Ang kabuuang deductible ng plano	**$450**
Copayment sa espesyalista	**$25**
Coinsurance sa ospital (pasilidad)	**15%**
Iba pang coinsurance	**15%**

Kasama sa HALIMBAWANG ito ang mga serbisyong tulad ng:
Mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor para sa pangunahing pangangalaga (*kabilang ang edukasyon tungkol sa sakit)*
Mga diagnostic na pagsusuri *(pagsusuri sa dugo)*
Mga inireresetang gamot
Matibay na kagamitang medikal *(glucose meter)*

Kabuuang Gastos sa Halimbawa	**$5,600**

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Joe ay:

Pagbabahagi ng Gastos	
Mga deductible	$0
Mga copayment	$200
Coinsurance	$0
Ang hindi saklaw	
Mga limitasyon o pagbubukod	$22
Ang kabuuang babayaran ni Joe ay	**$222**

Simpleng Pagkabali ng Buto ni Mia
(pagbisita sa emergency room at follow-up na pangangalaga na nasa network)

Ang kabuuang deductible ng plano	**$450**
Copayment sa espesyalista	**$25**
Coinsurance sa ospital (pasilidad)	**15%**
Iba pang coinsurance	**15%**

Kasama sa HALIMBAWANG ito ang mga serbisyong tulad ng:
Pangangalaga sa emergency room *(kabilang ang mga medikal na supply)*
Diagnostic na pagsusuri *(X-ray)*
Matibay na kagamitang medikal *(mga saklay)*
Mga serbisyo sa rehabilitasyon *(physical therapy)*

Kabuuang Gastos sa Halimbawa	**$2,800**

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Mia ay:

Pagbabahagi ng Gastos	
Mga deductible	$0
Mga copayment	$0
Coinsurance	$55
Ang hindi saklaw	
Mga limitasyon o pagbubukod	$0
Ang kabuuang babayaran ni Mia ay (Naabot na ni Mia ang kaniyang $450 na deductible)	**$55**