Resumen de beneficios y cobertura: lo que cubre este plan y lo que pagará por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: 1/1/2027 - 31/12/2027**
Plan de salud de APWU: Opción superior **Cobertura para: Individual, Individual más una persona o Individual y familia | Tipo de Plan: PPO**

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:
¿Cuál es el deducible general?	**Dentro de la red:** $450 / Individual $800 / Individual más una persona $800 / Individual y familia	**Fuera de la red:** $1,000 / Individual $2,000 / Individual más una persona $2,000 / 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: servicios preventivos, consultas en el consultorio, consultas virtuales, atención de urgencia, medicamentos recetados, atención de maternidad, algunos análisis de laboratorio, audífonos, atención quiropráctica y acupuntura.		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), copago de $300 por servicios fuera de la red PPO.		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	Copago de $25 (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	Consultas de Telesalud de Teladoc: las primeras dos consultas son gratuitas, sin costos compartidos a cargo del afiliado; después de las primeras dos, se aplica un copago de $10 (sin deducible).
	Consulta con un especialista	Copago de $25 (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	No se necesita una remisión. No se aplica deducible.
	Atención preventiva, pruebas de detección y vacunas	Nada (no se aplica deducible).	Coseguro del 40 %	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)	Sin costo en los centros de LabCorp y Quest Diagnostics (no se aplica deducible); coseguro del 15 % en todos los demás centros.	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización para las pruebas genéticas.
	Estudios de diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y resonancias magnéticas)	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización. En caso de incumplimiento, los beneficios se reducirán en $100.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en **welcome.optumrx.com/apwuhp** (www.apwuhp.com)	Medicamentos de nivel 1	Copago de $10 (farmacia); copago de $20 (pedido por correo)	Coseguro del 50 %	No se aplica deducible. Se cubre un suministro de hasta 30 días (receta surtida en farmacia); un suministro de 90 días (receta surtida por correo). Se requiere una revisión de cobertura (autorización previa) para ciertos medicamentos recetados aprobados por la FDA.
	Medicamentos de nivel 2	Coseguro del 25 %, con un máximo de $200 en farmacia y $300 por pedido por correo	Coseguro del 50 %	
	Medicamentos de nivel 3	Coseguro del 45 %, con un máximo de $300 en farmacia y $500 por pedido por correo	Coseguro del 50 %	
	Medicamentos para la diabetes	Insulina: Copago de $25 por un suministro de 30 días Copago de $75 por un suministro de 90 días	Coseguro del 50 %	

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)	
		Medicamentos orales genéricos, lancetas y tiras reactivas incluidas en el formulario: $0 por pedido por correo.		
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: coseguro del 25 %; máximo de $300 en farmacia y $150 por pedido por correo; nivel 5: coseguro del 25 %; máximo de $600 en farmacia y $300 por pedido por correo; nivel 6: coseguro del 45 %; máximo de $1,000 en farmacia y $500 por pedido por correo.	Coseguro del 50 %	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., un centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización para ciertas cirugías ambulatorias.
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Se requiere un copago para ciertas cirugías ambulatorias.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin costo por lesión accidental (no se aplica deducible); coseguro del 15 %	Sin costo por lesión accidental (no se aplica deducible); coseguro del 15 %	Debe recibir atención dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. No se le aplicará la facturación de saldos cuando reciba servicios de proveedores fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 % (no se aplica deducible) Coseguro del 15 % (ambulancia aérea) (no se aplica deducible)	Dentro de las 72 horas posteriores a una emergencia médica. No se le aplicará la facturación de saldos por servicios de ambulancia aérea de proveedores fuera de la red (deben ser médicamente necesarios).
	Atención de urgencia	Copago de $30 (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 % (copago de $300)	Se requiere autorización. En caso de incumplimiento, los beneficios se reducirán en $500.
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización para ciertas cirugías.

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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de $25 por consulta en el consultorio; coseguro del 15 % para otros servicios.	Coseguro del 40 %	No se requiere autorización para las consultas en el consultorio (sin deducible), pero podría requerirse para ciertos procedimientos.
	Servicios de hospitalización	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	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 40 %	Ninguna
	Servicios profesionales para el parto o nacimiento	Nada (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	Ninguna
	Servicios del centro para el parto o nacimiento	Nada (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	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 40 %	60 visitas por año calendario para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla combinadas. Se requiere autorización únicamente para la terapia del habla.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Consulte los servicios de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 % (copago de $300)	50 visitas domiciliarias por año calendario (en conjunto con la atención médica a domicilio), con un pago máximo del plan equivalente a 2 horas por día.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización.
	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	
	Anteojos para niños	Todos los cargos	Todos los cargos	
	Revisión dental para niños	Coseguro del 30 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 30 % (no se aplica deducible)	Consultas/limpiezas limitadas a 2 por año; se incluyen radiografías, empastes y extracciones simples.

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	• Enfermería privada	• Atención ocular de rutina (adultos) • 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 • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica	• Atención dental (preventiva para adultos) • Audífonos • Tratamiento de infertilidad (excepto fertilización in vitro [FIV, por sus siglas en inglés])	• Atención médica que no sea de emergencia al viajar al extranjero • Programa para bajar de peso

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 la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, podría ser elegible para una extensión gratuita de la cobertura de 31 días, cobertura de equidad conyugal o continuación temporal de la 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 1-800-222-2798.
Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-222-2798.
中文: 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-222-2798.
Dine: Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-222-2798.

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	**$450**
Copago por consulta con un especialista	**$25**
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	**$450**
Copago por consulta con un especialista	**$25**
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	$0
Copagos	$200
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$22
El total que Joe pagaría es	**$222**

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

Deducible general del plan	**$450**
Copago por consulta con un especialista	**$25**
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	$0
Copagos	$0
Coseguro	$55
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es (Mia ya alcanzó su deducible de $450)	**$55**

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