El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le 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. Consulte el folleto del Plan PSHB (71-019) para conocer todos los términos de este plan. **Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, las limitaciones y las exclusiones establecidas en el folleto del Plan PSHB.** Los beneficios pueden variar si tiene otra cobertura, como Medicare. Para obtener las definiciones generales de los términos de uso común, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede obtener el folleto del Plan PSHB y consultar el Glosario en www.apwuhp.com. Llame al 1-800-222-2798 para solicitar una copia de cualquiera de los dos documentos. Visite https://www.health-benefits.opm.gov para obtener más información sobre el programa PSHB.

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. Los copagos y los montos de coseguro no cuentan para el deducible, que generalmente se reinicia el 1 de enero. Cuando un servicio o suministro cubierto está sujeto a un deducible, solo el monto permitido por el plan para ese servicio o suministro cuenta para el deducible. 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 su deducible?	Sí: Servicios preventivos, visitas al consultorio, visitas virtuales, atención de urgencia, medicamentos recetados, maternidad, algunos análisis de laboratorio, audífonos, atención quiropráctica y acupuntura.		Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.		No es necesario que usted cumpla con los deducibles por 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 $13,000 / Individual y familia	**Fuera de la red:** $15,000 / Individual $30,000 / Individual más una persona $30,000 / 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?	Las primas, los servicios no cubiertos, los cargos por facturación de saldos y el copago de $300 para hospitales que no pertenecen a la PPO.		Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite www.apwuhp.com/our-plans/see-provider-networks/ 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 los costos más altos 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 ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su elección sin una remisión.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla corresponden a los montos que se pagan después de haber alcanzado el **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 (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más, y también podrá recibir una factura por el saldo)	
Si acude al consultorio o a la clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $25 (no se aplica deducible).	Coseguro del 40 %	Visitas de Teladoc Telesalud: las dos primeras visitas son gratuitas sin costos compartidos para miembros; copago de $10 (sin deducible) después de las dos primeras.
	Consulta con un especialista	Copago de $25 (no se aplica deducible).	Coseguro del 40 %	No se necesita una remisión. No hay deducible
	Atención preventiva, pruebas de detección y vacunación	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 (radiografía, análisis de sangre)	Nada para los centros de LabCorp y Quest Diagnostics (no se aplica deducible); Coseguro del 15 % para todos los otros centros	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización para 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 del plan se reducirán en $100.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más, y también podrá recibir una factura por el saldo)	
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Información adicional sobre **cobertura para medicamentos recetados** en **welcome.optumrx.com/apwuhp** (www.apwuhp.com)	Medicamentos genéricos 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 90 días Se requiere revisión de cobertura (autorización previa) para ciertos medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
	Medicamentos de marca preferida 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 marca no preferida Medicamentos de nivel 3	Coseguro del 45 %, con un máximo de $300 en farmacia y $500 por pedido por correo	Coseguro del 50 %	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Coseguro del 25 %, con un máximo de $300 en farmacia y $150 por pedido por correo; Nivel 5: Coseguro del 25 %, con un máximo de $600 en farmacia y $300 por pedido por correo; Nivel 6: Coseguro del 45 %, con un máximo de $1,000 en farmacia y $500 por pedido por correo	Coseguro del 50 %	
Si le hacen 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 copago para ciertas cirugías ambulatorias.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Nada por lesión accidental (no se aplica deducible); coseguro del 15 %	Nada por lesión accidental (no se aplica deducible); coseguro del 15 %	Debe recibir atención médica dentro de las 72 horas para lesiones accidentales. No se le facturará el saldo cuando utilice proveedores fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible) Coseguro del 15 % (ambulancia aérea) (no se aplica deducible)	
	Atención de urgencia	Copago de $30 (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 %	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más, y también podrá recibir una factura por el saldo)	
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 15 % (no se aplica deducible)	Coseguro del 40 % ($300 copago)	Se requiere autorización. En caso de incumplimiento, los beneficios del plan se reducirán en $500.
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	Se requiere autorización para algunas cirugías.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de $25 atención en consultorio; coseguro del 15 % para otros servicios	Coseguro del 40 %	No se requiere autorización para visitas al consultorio (sin deducible), pero es posible que se requiera 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	Atención en 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 su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 15 %	Coseguro del 40 %	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.
	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 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 % ($300 copago)	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.
	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.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más, y también podrá recibir una factura por el saldo)	
Si su hijo necesita cuidado 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)	Límite de consultas o limpiezas (2 por año), que incluyen: rayos x, empastes y extracciones simples.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte el folleto del Plan PSHB para obtener información adicional y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Cirugía estética
- Atención de los pies de rutina
- Atención de largo plazo
- Servicio privado
- Atención ocular de rutina (adultos)

Otros servicios cubiertos (podrán aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el folleto del Plan PSHB).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento de infertilidad (excepto FIV)
- Cuidado dental (preventivo para adultos)
- Audífonos
- 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 PSHB, comuníquese con su oficina de recursos humanos o sistema de jubilación, comuníquese con su plan al 800-222-2798 o visite https://www.health-benefits.opm.gov/pshb. Por lo general, si pierde la cobertura en virtud del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, podría ser elegible para una extensión de cobertura gratuita de 31 días, una póliza de conversión (una póliza individual que no sea de PSHB), cobertura de equidad conyugal o para recibir la continuación temporal de cobertura (TCC, por sus siglas en inglés). Podría haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la adquisición de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener información adicional sobre el Mercado de Seguros Médicos, 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 del Plan PSHB. Si necesita ayuda, puede visitar: www.apwuhp.com.

¿Proporciona este plan la cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario para la prima.

¿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 ante 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**
Especialista *[costos compartidos]*	**$25**
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	**15 %**
Otros *[costos compartidos]*	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(cuidado prenatal)*
Servicios profesionales para parto o nacimiento
Servicios del centro para 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**
Especialista *[costos compartidos]*	**$25**
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	**15 %**
Otros *[costos compartidos]*	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre enfermedades*)
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	$100
Coseguro	$285
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$385**

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

Deducible general del plan	**$450**
Especialista *[costos compartidos]*	**$25**
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	**15 %**
Otros *[costos compartidos]*	**15 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba 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 había alcanzado su deducible	**$55**

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