

Comparemos los planes:

	F FEP Blue Focus [®]	B FEP Blue Basic [™]	S FEP Blue Standard [™]
	F	B	S
Sin deducible	X	✓	X
Se pagan mayormente copagos	X	✓	X
Atención dentro de la red	✓	✓	✓
Atención fuera de la red	X	X	✓
Cobertura de medicamentos preferidos	✓	✓	✓
Cobertura de medicamentos no preferidos	X	✓	✓
Reembolso de la Parte B de Medicare: \$800	X	✓	X

Para obtener más información sobre los beneficios y los costos, visite fepblue.org.

Si tiene Medicare como pagador primario o recibe tratamiento en el extranjero, es posible que se apliquen distintos montos de gastos compartidos.
¹ Pagará el 30 % de nuestra prestación por los agentes, medicamentos o suministros que reciba durante su atención.
² Hasta 10 consultas combinadas para atención quiropráctica y acupuntura.
 * Se aplica deducible.
[†] Se aplica deducible. Además, pagará el 30 % de nuestra prestación por los agentes, medicamentos o suministros que reciba durante la atención.
 ** Consulte el folleto para conocer los servicios de laboratorio cubiertos.

Lo que pagará por los servicios habituales que reciba de proveedores dentro de la red

Beneficio	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Consultas médicas virtuales a través de Teladoc Health[®]	Nada	Nada	Nada
Médico de atención primaria	\$10 por consulta para sus primeras 10 consultas con un médico de atención primaria o un especialista ¹	\$35 de copago ¹	\$30 de copago
Especialistas		\$50 de copago ¹	\$40 de copago
Consultas de salud mental		\$35 de copago ¹	\$30 de copago
Centros de atención de urgencia	\$25 de copago	\$50 de copago	\$30 de copago
Atención quiropráctica	\$25 por hasta 10 consultas por año ²	\$35 por hasta 20 consultas por año	\$30 por hasta 12 consultas por año
Servicios por maternidad	\$0 por consultas con el médico \$1,500 por la atención en un centro	\$350 para pacientes hospitalizados \$0 para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	El 30 % de nuestra prestación*	\$350 por día, hasta \$1,750 por ingreso	\$350 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	El 30 % de nuestra prestación [†]	\$250 por día por centro ¹	El 15 % de nuestra prestación*
Cirugía	El 30 % de nuestra prestación [†]	\$150 por servicios de un cirujano recibidos en un consultorio ¹ \$200 por servicios de un cirujano recibidos en otros entornos ¹	El 15 % de nuestra prestación*
Sala de emergencias (lesión accidental)	\$0 dentro de las 72 horas	\$350 por día, por centro	\$0 dentro de las 72 horas
Sala de emergencias (emergencia médica)	El 30 % de nuestra prestación*	\$350 por día, por centro	El 15 % de nuestra prestación*
Exámenes de laboratorio (como análisis de sangre)	\$0 por los primeros 10 análisis de laboratorio específicos**	El 15 % de nuestra prestación ¹	El 15 % de nuestra prestación*
Servicios de diagnóstico (como estudios del sueño, radiografías y tomografías computarizadas)	El 30 % de nuestra prestación*	Hasta \$100 en un consultorio ¹ Hasta \$250 en un hospital ¹	El 15 % de nuestra prestación*

Beneficios de farmacia

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Farmacia minorista preferida <i>(para un suministro de 30 días)</i>	Nivel 1: \$5 de copago Nivel 2: el 40 % de nuestra prestación (\$350 como máximo)	Nivel 1: \$15 de copago Nivel 2: \$75 de copago Nivel 3: el 60 % de nuestra prestación (\$90 como mínimo) Nivel 4: \$120 de copago Nivel 5: \$200 de copago	Nivel 1: \$7.50 de copago Nivel 2: el 30 % de nuestra prestación Nivel 3: el 50 % de nuestra prestación Nivel 4: el 30 % de nuestra prestación Nivel 5: el 30 % de nuestra prestación
Farmacia con servicio de envío por correo del FEP <i>(para un suministro de 90 días)</i>	No es un beneficio	Disponible solo para los miembros cuyo pagador principal es la Parte B de Medicare. Visite fepblue.org para obtener más información.	Nivel 1: \$15 de copago Nivel 2: \$90 de copago Nivel 3: \$125 de copago
Farmacia especializada del FEP <i>(para un suministro de 30 días)</i>	Nivel 2: el 40 % de nuestra prestación (\$350 como máximo)	Nivel 4: \$120 de copago Nivel 5: \$200 de copago	Nivel 4: \$65 de copago Nivel 5: \$85 de copago

Nota: El nivel en el que se clasifica su medicamento puede variar entre FEP Blue Focus, FEP Blue Basic y FEP Blue Standard. Consulte nuestras listas de medicamentos aprobados (formularios) antes de seleccionar un plan para asegurarse de que su medicamento tenga cobertura en el plan que elija. Puede consultar las listas de medicamentos en fepblue.org/formulary.

Si Medicare es su pagador principal, es posible que se apliquen diferentes montos de gastos compartidos. Para obtener más información sobre el Programa de Medicamentos con Receta de Medicare del FEP, visite fepblue.org/medicarerx.

Deducibles y máximos de bolsillo

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Deducible	\$500 para Individual \$1,000 para Individual + 1 e Individual y familia	Sin deducible	\$350 para Individual \$700 para Individual + 1 e Individual y familia
Máximo de gastos de bolsillo <i>(proveedores preferidos)</i>	\$9,000 para Individual \$18,000 para Individual + 1 e Individual y familia	\$7,500 para Individual \$15,000 para Individual + 1 e Individual y familia	\$6,000 para Individual \$12,000 para Individual + 1 e Individual y familia

Este es un resumen de las características del Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield. Antes de tomar una decisión definitiva, lea los folletos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEP Blue Standard y FEP Blue Basic: RI 71-005; FEP Blue Focus: RI 71-017) y los folletos del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (FEP Blue Standard y FEP Blue Basic: RI 71-020; FEP Blue Focus: RI 71-025) del plan. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en los folletos.

La Blue Cross Blue Shield Association es una asociación de empresas independientes de Blue Cross and Blue Shield que operan a nivel local.

Las palabras y los símbolos Blue Cross® y Blue Shield®, Federal Employee Program® y FEP® son marcas comerciales propiedad de la Blue Cross Blue Shield Association.

Primas quincenales

Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB)

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Individual	\$59.17	\$113.16	\$174.81
Código de inscripción	131	111	104
Individual + 1	\$127.21	\$274.14	\$384.14
Código de inscripción	133	113	106
Individual y familia	\$139.92	\$303.61	\$424.65
Código de inscripción	132	112	105

Para conocer nuestras primas mensuales, visite fepblue.org/premiums.

Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB)

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Individual	\$59.17	\$114.12	\$174.13
Código de inscripción	35A	33A	33D
Individual + 1	\$127.21	\$280.99	\$388.04
Código de inscripción	35C	33C	33F
Individual y familia	\$139.92	\$317.62	\$435.43
Código de inscripción	35B	33B	33E

Para conocer nuestras primas mensuales, visite fepblue.org/postalpremiums.

Estos importes no se aplican a todos los afiliados. Si usted se encuentra en una categoría de inscripción específica, comuníquese con la agencia o con el empleador tribal que mantiene su inscripción en los beneficios médicos.