

# RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE FEHB 2026

FEP Blue Focus®	FEP Blue Basic®	FEP Blue Standard®
<p>Este plan es ideal para personas y familias que utilizan principalmente sus beneficios para recibir atención preventiva gratuita y tienen necesidades mínimas de medicamentos recetados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prima más baja</b></li><li>• <b>\$10 por visita para las primeras 10 visitas al médico de atención primaria y especialista por cada persona en su plan</b></li><li>• <b>Copago más bajo para centros de atención de urgencia</b></li></ul>	<p>Este plan es una excelente opción para las familias que desean un plan flexible y pueden pagar un poco más mensualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sin deducibles</b></li><li>• <b>Copagos fijos para muchos servicios médicos</b></li><li>• <b>Mayor cobertura de medicamentos recetados</b></li></ul>	<p>Este plan es ideal para familias en crecimiento o quienes desean la cobertura más amplia con la flexibilidad de consultar a médicos tanto dentro como fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Atención fuera de la red</b></li><li>• <b>Farmacia de Servicio por Correo del Federal Employee Program (FEP) y la lista de medicamentos aprobados más amplia</b></li><li>• <b>Beneficios integrales de planificación familiar, con cobertura materna gratuita y hasta \$25,000 en beneficios de FIV</b></li></ul>

Para obtener información más detallada sobre los beneficios y costos, visite [fepblue.org](https://fepblue.org).

## Lo que pagará por los servicios frecuentes en proveedores dentro de la red

Beneficio	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Visitas virtuales al médico a través de Teladoc Health®	Usted no paga <b>nada</b>	Usted no paga <b>nada</b>	Usted no paga <b>nada</b>
Médico de atención primaria	<b>\$10 por visita para las primeras 10 visitas de atención primaria o especializada para cada persona de su plan¹</b>	<b>\$35</b> de copago¹	<b>\$30</b> de copago
Especialistas		<b>\$50</b> de copago¹	<b>\$40</b> de copago
Visitas de salud mental		<b>\$35</b> de copago	<b>\$30</b> de copago
Centros de atención de urgencia	<b>\$25</b> de copago	<b>\$50</b> de copago	<b>\$30</b> de copago
Atención quiropráctica	<b>\$25 por hasta 10 visitas por año²¹</b>	<b>\$35 por hasta 20 visitas por año</b>	<b>\$30 por hasta 12 visitas por año</b>
Maternidad	<b>\$0 por visitas al médico</b> <b>\$2,500 por parto</b>	<b>\$0 por visitas al médico</b> <b>\$0 por parto en un Blue Distinction Center® (BDC)</b> <b>\$425 por parto en todos los demás centros</b>	<b>\$0 de copago</b>
Hospital para pacientes internados	<b>30% de coseguro*</b>	<b>\$425 por día; hasta \$2,975 por admisión</b>	<b>\$350 de copago</b>
Hospital para pacientes ambulatorios	<b>30% de coseguro*</b>	<b>\$250 por día por centro¹</b>	<b>15% de coseguro*</b>
Cirugía	<b>30% de coseguro*</b>	<b>\$150 por cirujano en un consultorio¹</b> <b>\$200 por cirujano en otros entornos¹</b>	<b>15% de coseguro*</b>
Sala de emergencias (Lesión accidental)	<b>\$0 dentro de las 72 horas</b>	<b>\$425 por día por centro</b>	<b>\$0 dentro de las 72 horas</b>
Sala de emergencias (Emergencia médica)	<b>30% de coseguro*</b>	<b>\$425 por día por centro</b>	<b>15% de coseguro*</b>
Análisis de laboratorio (Como análisis de sangre)	<b>\$0 por los primeros 10 análisis de laboratorio específicos**</b>	<b>20% de coseguro¹</b>	<b>15% de coseguro*</b>
Servicios de diagnóstico (Como estudios del sueño, radiografías, tomografías computarizadas)	<b>30% de coseguro*</b>	<b>\$100 en el consultorio¹</b> <b>\$250 en un hospital¹</b>	<b>15% de coseguro*</b>

Si usted tiene Medicare como cobertura primaria o recibe atención en el extranjero, pueden aplicarse diferentes montos de costo compartido.

\* Se aplica el deducible. ¹Usted paga un coseguro del 35% por agentes, medicamentos o suministros que reciba durante su atención. ¹ Usted paga un coseguro del 30% por agentes, medicamentos o suministros que reciba durante su atención. \*\* Consulte el folleto para conocer los servicios de laboratorio cubiertos. ²Hasta 10 visitas combinadas para atención quiropráctica y acupuntura.

# Un análisis más detallado de los beneficios de farmacia

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Farmacia Minorista Preferida (Para un suministro de 30 días)	Nivel 1: \$5 de copago Nivel 2: 40% de coseguro (máximo de \$500)	Nivel 1: \$15 de copago Nivel 2: 35% de coseguro (máximo de \$150) Nivel 3: 60%de coseguro Nivel 4: 35% de coseguro (máximo de \$250) Nivel 5: 35% de coseguro (máximo de \$500)	Nivel 1: \$7.50 de copago Nivel 2: 30% de coseguro Nivel 3: 50% de coseguro Nivel 4: 30% de coseguro Nivel 5: 30% de coseguro
Farmacia de Servicio por Correo del FEP (Para un suministro de 90 días)	No es un beneficio	Disponible para miembros con Parte B de Medicare como cobertura primaria <i>Visite <a href="https://www.fepblue.org">fepblue.org</a> para obtener más información.</i>	Nivel 1: \$15 de copago Nivel 2: 15% de coseguro (máximo de \$150) Nivel 3: 20% de coseguro (máximo de \$250)
Farmacia Especializada del FEP (Para un suministro de 30 días)	Nivel 2: 40% de coseguro (máximo de \$500)	Nivel 4: 35% de coseguro (máximo de \$250) Nivel 5: 35% de coseguro (máximo de \$500)	Nivel 4: \$100 de copago Nivel 5: \$150 de copago

Nota: El nivel en el que se encuentra 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 cubrimos su medicamento en ese plan. Puede ver las listas de medicamentos en [fepblue.org/formulary](https://www.fepblue.org/formulary). Pueden aplicarse diferentes montos de costo compartido si tiene Medicare como cobertura primaria. Para obtener más información sobre el Programa de Medicamentos Recetados de FEP Medicare, visite [fepblue.org/medicarerx](https://www.fepblue.org/medicarerx).

## Deducibles y máximos de gastos de bolsillo

Beneficio	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
Deducible	\$750 por Individual \$1,500 por Individual + Uno y por Individual y Familia	Sin deducible	\$350 por Individual \$700 por Individual + Uno y por Individual y Familia
Monto máximo que paga de su bolsillo (Proveedores preferidos)	\$10,000 por Individual \$20,000 por Individual + Uno y por Individual y Familia	\$7,500 por Individual \$15,000 por Individual + Uno y por Individual y Familia	\$6,000 por Individual \$12,000 por Individual + Uno y por 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 final, lea los folletos federales del plan (FEP Blue Standard y FEP Blue Basic: RI 71-005; FEP Blue Focus: RI 71-017). Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en los folletos federales. Blue Cross Blue Shield Association es una asociación de compañías independientes operadas localmente de Blue Cross and Blue Shield. Las palabras y los símbolos de Blue Cross<sup>®</sup> y Blue Shield<sup>®</sup>, Federal Employee Program<sup>®</sup> y FEP<sup>®</sup> son todas marcas comerciales propiedad de Blue Cross Blue Shield Association.

## Primas quincenales del programa FEHB

	FEP Blue Focus	FEP Blue Basic	FEP Blue Standard
INDIVIDUAL	\$66.81	\$133.77	\$188.32
Código de inscripción	131	111	104
INDIVIDUAL + UNO	\$143.63	\$319.25	\$410.88
Código de inscripción	133	113	106
INDIVIDUAL Y FAMILIA	\$157.97	\$356.86	\$457.66
Código de inscripción	132	112	105

Para ver nuestras primas mensuales, visite [fepblue.org/premiums](https://www.fepblue.org/premiums).

Estas tarifas no se aplican a todos los inscritos. Si se encuentra en una categoría de inscripción específica, comuníquese con la agencia o el empleador tribal que mantiene su inscripción en los beneficios para la salud.



Explore la versión interactiva de este folleto y otros folletos en línea en [fepblue.org/flipbooks](https://www.fepblue.org/flipbooks).