

# BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE PSHB 2026 EN UN VISTAZO

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 durante las primeras 10 visitas a médicos de atención primaria y especialistas por cada persona en su plan</b></li><li>• <b>Copago más bajo para centros de atención urgentes</b></li></ul>	<p>Este plan es una excelente opción para 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>Amplia cobertura de medicamentos recetados</b></li></ul>	<p>Este plan es ideal para familias en crecimiento o para quienes desean la cobertura más amplia y la flexibilidad de consultar médicos dentro y fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Atención fuera de la red</b></li><li>• <b>Servicio de farmacia por correo de 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).

## Costos de 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</b> por visita para las primeras 10 visitas de atención primaria o especializada para cada persona de su plan <sup>1</sup>	<b>\$35</b> de copago <sup>1</sup>	<b>\$30</b> de copago
Especialistas		<b>\$50</b> de copago <sup>1</sup>	<b>\$40</b> de copago
Visitas de salud mental		<b>\$35</b> de copago <sup>1</sup>	<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</b> por hasta 10 visitas por año <sup>2</sup>	<b>\$35</b> por hasta 20 visitas por año	<b>\$30</b> por hasta 12 visitas por año
Maternidad	<b>\$0</b> por visitas al médico <b>\$3,500</b> por parto	<b>\$0</b> por visitas al médico <b>\$0</b> por parto en un Blue Distinction Center® (BDC) <b>\$425</b> por parto en todos los demás centros	<b>\$0</b> de copago
Hospital para pacientes internados	<b>30%</b> de coseguro*	<b>\$425</b> por día; hasta <b>\$2,975</b> por admisión	<b>\$350</b> de copago
Hospital para pacientes ambulatorios	<b>30%</b> de coseguro <sup>†</sup>	<b>\$250</b> por día por centro <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Cirugía	<b>30%</b> de coseguro <sup>†</sup>	<b>\$150</b> por cirujano en un consultorio <sup>1</sup> <b>\$200</b> por cirujano en otros entornos <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Sala de emergencias (Lesión accidental)	<b>\$0</b> dentro de las 72 horas	<b>\$425</b> por día por centro	<b>\$0</b> dentro de las 72 horas
Sala de emergencias (Emergencia médica)	<b>30%</b> de coseguro*	<b>\$425</b> por día por centro	<b>15%</b> de coseguro*
Análisis de laboratorio (Como análisis de sangre)	<b>\$0</b> por los primeros 10 análisis de laboratorio específicos**	<b>15%</b> de coseguro <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Servicios de diagnóstico (Como estudios del sueño, radiografías, tomografías computarizadas)	<b>30%</b> de coseguro*	Hasta <b>\$100</b> en un consultorio <sup>1</sup> Hasta <b>\$250</b> en un hospital <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*

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

<sup>1</sup> Usted paga un coseguro del 35% por agentes, medicamentos o suministros que reciba durante su atención.

<sup>2</sup> Hasta 10 visitas combinadas para atención quiropráctica y acupuntura.

\* Se aplica el deducible.

<sup>†</sup> Usted paga un coseguro de 30% for agentes, medicamentos o suministros que reciba durante su atención.

\*\* Consulte el folleto para conocer los servicios de laboratorio cubiertos.

# 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 \$550)	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 \$400) 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 del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Drug Program, MPDP) del FEP <i>Visite <a href="https://fepblue.org">fepblue.org</a> para obtener más información</i>	Nivel 1: \$15 de copago Nivel 2: \$140 de copago Nivel 3: \$175 de copago
Farmacia especializada del FEP (Para un suministro de 30 días)	Nivel 2: 40% de coseguro (máximo de \$550)	Nivel 4: 35% de coseguro (máximo de \$400) Nivel 5: 35% de coseguro (máximo de \$500)	Nivel 4: \$100 de copago Nivel 5: \$135 de copago

## 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


## Primas quincenales del programa PSHB


	FEP Blue Focus®	FEP Blue Basic®	FEP Blue Standard®
INDIVIDUAL	\$75.15	\$127.59	\$190.10
Código de inscripción	35A	33A	33D
INDIVIDUAL + UNO	\$161.56	\$313.84	\$424.42
Código de inscripción	35C	33C	33F
INDIVIDUAL Y FAMILIA	\$177.70	\$357.52	\$479.21
Código de inscripción	35B	33B	33E

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

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.

fepblue.org





BlueCross  
BlueShield

Federal Employee Program®

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://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://fepblue.org/medicarerx).

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 del Programa de Beneficios para la Salud del Servicio Postal (FEP Blue Standard y FEP Blue Basic RI 71-020; FEP Blue Focus: RI 71-025). Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en los folletos. 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® y Blue Shield®, Federal Employee Program® y FEP® son todas marcas comerciales propiedad de Blue Cross Blue Shield Association.