

# Cover Florida Plan I

## Understanding Your Share for Covered Services



**BlueCross BlueShield of Florida**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Our limited health benefit plan under Cover Florida offers a new solution to Floridians looking for affordable health coverage. We make it simple for you to go the doctor or dentist for routine care, plus get the prescription medications or lab tests you may need<sup>1</sup>.

While there are no medical tests to take or health questions to answer, to be eligible to enroll in the plan you must be a Florida resident between the ages of 19-64, have been without health insurance for 6 months or longer (there are a few exceptions) and are not eligible for any public health insurance programs (such as Medicaid).

**The plan offers basic and preventive health and dental care benefits, plus access to more affordable in-network rates.**

**When you need care, we'll pay up to \$50, and you'll pay the balance of the charge.** However, when you receive care from a participating provider, instead of paying a doctor or dentist's normal fee for services, you pay a lower rate, pre-negotiated by us, that saves you money. You get the care you need and your cost is limited to our network rates. And we have a large network<sup>2</sup> of participating providers, so it's easy to make an appointment.

To receive the greatest benefit, visit doctors, hospitals and dentists who are in the network. You'll save money, since you'll pay the lower, pre-negotiated rate for their services.

After you enroll, you'll receive a complete member booklet that tells you exactly how to use your plan and what's covered, so you can get the most value from your plan benefits.

<sup>1</sup>Services include office visits for the diagnosis/treatment of illness and injury, allergy testing and injections, outpatient surgery and anesthesia in the office.

<sup>2</sup>Standard locations of service are: Physician's Office, Urgent Care Center, Convenient Care Center and e-Visits.

- The 'Allowed Amount' is the amount we have negotiated with providers for payment of covered services, instead of a member paying the full charge for a service.
- The 'Balance' is the difference between our payment and the amount an In-network provider agrees to accept as payment in full for covered services (the Allowed Amount). If you choose to go Out-of-network, the balance is their charge to you for covered services MINUS our payment (it will likely cost you more if you visit Out-of-network providers). You are responsible for paying the doctor or provider this "balance".
- PCY = Per Calendar Year

Benefits for Covered Services	Amount you pay
<b>Office Services</b> Standard locations of service are: Physician's Office, Urgent Care Center, Convenient Care Center and e-Visits	
<b>Physician Office Services</b>	
In-Network Family Physician	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
In-Network Specialist	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount

Out-of-Network Office Visit (does not participate in our Traditional network)	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge
Allergy Injections In-Network Family Physician (per visit)	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
Complications of Pregnancy	Pay as any other service, based on location of service
<b>Preventive Care</b>	
<b>Adult Wellness</b> <i>Includes Well Woman including cervical cancer screenings, Routine Adult Physical Exam, Non-invasive colorectal or prostate screenings and Immunizations</i>	
In-Network Family Physician/In-Network Specialist	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
Out-of-Network (does not participate in our Traditional network)	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge
Mammograms	We pay 100% for covered services, in- or out-of-network
Colonoscopy (Routine for age 50+ then frequency schedule applies.)	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
<b>Prescription Drug Program</b>	
Pharmacy Program	The plan pays up to \$15 towards the member's prescription medication
<b>Emergency Care – Urgent Care Centers</b>	
In-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
Out-of-Network (does not participate in our Traditional network)	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
<b>Outpatient Diagnostic Services</b>	
<b>Independent Diagnostic Testing Facility</b> Services (per visit) (e.g., X-rays) (Includes Provider Services)	Coverage for mammograms and osteoporosis screenings <b>ONLY</b> . You pay nothing, we pay 100% of Allowed Amount
<b>Independent Clinical Lab</b> (e.g., blood work)	
In-Network (Quest Diagnostics)	You pay nothing if you stay in-network, we pay 100%
<b>Mental Health:</b>	
Outpatient coverage (No inpatient coverage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$500 PCY Max per Member</li> <li>Per visit = We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount</li> </ul>

<b>Other Special Services</b>	
Durable Medical Equipment & Prosthetics & Orthotics	<ul style="list-style-type: none"> <li>We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount</li> <li>\$500 Annual cap per member</li> </ul>
<b>Dental Coverage</b>	
<b>Preventive and Basic Dental Services</b>	
In-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount
Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge

Please refer to the Individual Plan I Contract for details. This Benefit Summary is only a partial description of the many benefits and services provided or authorized by Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. (BCBSF), an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. This does not constitute a Contract.

# Plan I de Cover Florida



**BlueCross BlueShield  
of Florida**

An Independent Licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

## Entienda la parte del costo que le corresponde pagar por los servicios con cobertura

Nuestro plan de beneficios de salud limitado de Cover Florida ofrece una nueva solución para los floridenses que buscan coberturas de salud accesibles. Le facilitamos que pueda acudir al médico o al dentista para los cuidados de rutina y que obtenga las recetas de medicamentos o pruebas de laboratorio que pueda necesitar<sup>1</sup>.

No es necesario hacerse exámenes médicos o responder preguntas de salud para ser elegible al plan, pero debe ser residente de la Florida y tener entre 19-64 años de edad, tiene que haber estado sin seguro de salud durante 6 meses o más (hay unas pocas excepciones) y no debe ser elegible para ningún programa de seguro de salud pública (tales como Medicaid).

**El plan ofrece beneficios de salud preventiva y básica y beneficios de cuidado dental, además de acceso a tarifas más asequibles dentro de la red.**

**Cuando necesite atención médica, pagaremos hasta \$50, y usted pagará el saldo del cargo.** Sin embargo, cuando usted recibe atención médica de parte de un proveedor que participe de la red, en vez de abonar los honorarios normales de un médico u odontólogo, usted abonará una tarifa más baja y prenegociada por nosotros que le ayudará a ahorrar dinero. Usted recibe la atención que necesita y su costo está limitado a nuestras tarifas de la red. Y contamos con una gran red<sup>2</sup> de proveedores participantes, por ello es fácil hacer una cita.

Para recibir los mejores beneficios, consultas médicas, en hospitales y dentales que están en la red. Ahorrará dinero, ya que pagará la tarifa más baja, prenegociada por sus servicios.

Después de inscribirse, usted recibirá un folleto de asegurado completo que le dirá exactamente cómo debe usar el plan y lo que está cubierto, a fin de que pueda obtener el máximo valor de los beneficios de su plan.

<sup>1</sup>Los servicios incluyen visitas al médico para diagnóstico, tratamiento y lesión, exámenes de alergias e inyecciones, cirugía ambulatoria y anestesia en el consultorio.

<sup>2</sup>Los lugares de servicio estándar son: Consultorios médicos, Centros de atención de urgencias, Centros de atención conveniente y visitas médicas virtuales.

- 
- El 'Monto Permitido' es el monto que hemos negociado con los proveedores de los servicios con cobertura, en vez de que el asegurado abone el cargo completo por un servicio.
  - El 'Saldo' es la diferencia entre nuestro pago y el monto que un proveedor dentro de la red acuerda aceptar como pago por los servicios cubiertos (el Monto Permitido). Si usted elige ir a un proveedor fuera de la red, el saldo es lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos MENOS nuestro pago (seguramente le cueste más si usted va a un proveedor fuera de la red). Usted es responsable por el pago de este "saldo" al médico o al proveedor.
  - PCY = Por Año Calendario

<b>Beneficios para Servicios Cubiertos</b>	<b>Monto que usted paga</b>
<b>Servicios en el Consultorio</b> Los lugares estándares de servicio son: Consultorios médicos, Centros de cuidado urgente, Centros de atención conveniente y visitas médicas virtuales	
<b>Servicios en Consultorio Médico</b>	
Médico de Cabecera Dentro de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido
Especialista Dentro de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido
Visitas al Consultorio Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional)	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Médico de Cabecera Dentro de la Red Inyecciones contra Alergias (por visita)	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido
Complicaciones del Embarazo	Se abona como en cualquier otro servicio, según la el lugar donde se ofrezca el servicio
<b>Cuidados Preventivos</b>	
<b>Servicios de Bienestar para Adultos</b> <i>Incluye: Bienestar de la Mujer incluyendo estudios de cáncer cervical, exámenes físicos de rutina para adultos, estudio colorrectal no invasivo o estudio de próstata e Inmunizaciones.</i>	
Médico de Cabecera Dentro de la Red/Especialista Dentro de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto permitido
Fuera de la red (no participa en nuestra red Tradicional)	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Mamografías	Abonamos 100% por los servicios cubiertos, dentro o fuera de la red
Colonoscopia (De rutina para personas de 50 años o mayores, luego se aplica el programa de frecuencia)	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta el alcanzar Monto Permitido
<b>Programa de Medicamentos Recetados</b>	
Programa de Farmacia	El plan paga hasta \$15 por la medicinas recetadas del asegurado
<b>Atención por Emergencia – Centro de Cuidado de Urgencias</b>	
Dentro de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido
Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional)	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido

<b>Servicios Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios</b>	
<b>Servicios en Centros Independientes de Exámenes de Diagnóstico</b> (por visita) (ejemplo, Radiografías) (Incluye Servicios del Proveedor)	Cobertura para estudios de mamografías y osteoporosis <b>SOLAMENTE</b> . Usted no abona nada, nosotros pagamos el 100% del Monto Permitido
<b>Laboratorio Clínico Independiente</b> (por ejemplo, análisis de sangre)	
Dentro de la Red (Búsqueda de diagnósticos)	Usted no abona nada si está dentro de la red, nosotros pagamos el 100%
<b>Salud Mental:</b>	
Cobertura para Pacientes Ambulatorios (Sin cobertura para pacientes hospitalizados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$500 PCY Máximo por Asegurado</li> <li>• Por visita = Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido</li> </ul>
<b>Otros servicios especiales</b>	
Equipo Médico Duradero y Prótesis y Ortótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido</li> <li>• \$500 Capitalización anual por asegurado</li> </ul>
<b>Cobertura Odontológica</b>	
<b>Servicios Odontológicos Básicos y Preventivos</b>	
Dentro de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido
Fuera de la Red	Abonamos \$50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado abona el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor

Consulte su Contrato Individual Plan I para obtener más información. Este Resumen de Beneficios es sólo una descripción parcial acerca de la gran variedad de beneficios y servicios cubiertos o autorizados por Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. (BCBSF), un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Esto no constituye un Contrato.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de disputas con respecto al significado de este documento o sus términos.