# Cover Florida Plan II

## Understanding Your Share for Covered Services

BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Our limited benefit health 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[1]. You'll also have coverage for hospitalization

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, coverage for hospitalization, plus access to more affordable in-network rates.**

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.

**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, dentist or hospital'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[2] of participating providers, so it's easy to make an appointment.

[1]Services include office visits for the diagnosis/treatment of illness and injury, allergy testing and injections, outpatient surgery and anesthesia in the office.
[2]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 |
|---|---|
| **Office Services**<br>Standard locations of service are: Physician's Office, Urgent Care Center, Convenient Care Center and e-Visits. | |
| **Physician Office Services** | |
| 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 BCBSF's 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 |
| **Preventive Care** | |
| **Adult Wellness**<br>*Includes Well Woman including cervical cancer screenings, Routine Adult Physical Exam, Non-invasive colorectal or prostate screenings and Immunizations* | |
| 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 |
| **Prescription Drug Program** | |
| Pharmacy Program | The plan pays up to $15 towards the member's prescription medication |
| **Advanced Imaging Services (AIS)** (MRTI, MRA, PET, CT, Nuclear Medicine)<br>Services Related to Surgery **Only** | |
| In-Network | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Emergency Care – Urgent Care Centers** | |
| In-Network | **If NON-surgical:**<br>We pay $50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount<br>**If SURGICAL:**<br>Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | **If NON-surgical:**<br>We pay $50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount |

| | |
|---|---|
| | **If SURGICAL:**<br>Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Emergency Room** (ER) Facility Services (per visit) | |
| In-Network | **Surgical & Non-Surgical:**<br>Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | **Surgical & Non-Surgical:**<br>Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Ambulance Services** (In-Network & Out-of-Network) | |
| Ground, Air and Water Travel, Combined per Day Max | • Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount<br>• Combined $5,000 max per day |
| **Outpatient Diagnostic Services** | |
| **Independent Diagnostic Testing Facility** Services (per visit) (e.g., X-rays) (Includes Provider Services) | |
| In-Network Diagnostic Services (except AIS) | Mammograms & Osteoporosis Screenings:<br>• 100% of Allowed Amount / $0<br>All Other – Services Related to Surgery Only:<br>• Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Mammograms & Osteoporosis Screenings:<br>• 100% of Allowed Amount / $0<br>All Other – Services Related to Surgery Only:<br>• Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Independent Clinical Lab** (e.g., blood work) | |
| In-Network (Quest Diagnostics) | You pay nothing if you stay in-network, we pay 100% |
| **Outpatient Hospital Facility Services** (per visit) (e.g., blood work and x-rays) | Services Related to Surgery **Only** |
| In-Network | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Mental Health** | |
| Inpatient PCY Max | $2,000 |
| Outpatient PCY Max | • $500 PCY Max per Member<br>• Per visit = We pay $50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to the Allowed Amount |
| Lifetime Max | $10,000 |

| | |
|---|---|
| **Other Provider Services** | |
| **Provider Services at Hospital & ER** | Services Related to Surgery **Only** |
| In-Network & Out-of-Network | **If SURGICAL:**<br>Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount. |
| **Radiology, Pathology and Anesthesiology** | |
| In-Network & Out-of-Network | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| **Other Special Services** | |
| Prosthetics & Orthotics – Related to Surgery | • Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount<br>• NO Annual Cap |
| Durable Medical Equipment – Related to Surgery | • Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount<br>• NO Annual Cap |
| Hospice | • $5,200 Lifetime Max<br>• Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| **Hospital/Surgical** | |
| **Ambulatory Surgical Center Facility (ASC)** | Services Related to Surgery **Only** |
| In-Network | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Provider Services Rendered at an ASC** | Services Related to Surgery **Only** |
| In-Network Family Physician | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| In-Network Specialist | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Inpatient Hospital Facility and Rehabilitation Services** (per admission)<br>Rehabilitation limited to 21 days PCY | |
| In-Network | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| **Outpatient Hospital Facility Services** (per visit) | Services Related to Surgery **Only** |
| In-Network – Therapy Services | Once CYD is met, member pays 20% of Allowed Amount |
| In-Network – All other services | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Once CYD is met, member pays 40% of Allowed Amount |

| Dental Coverage | |
|---|---|
| **Preventive and Basic Dental Services** | |
| 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 |
| **Financial Features** | |
| **Calendar Year Benefit Maximum per Person** | **$25,000** |
| Calendar Year Deductible (**CYD**) (per person) | |
| In-Network | $3,000 per person |
| Out-of-Network | $6,000 per person |
| Per Admission Deductible (PAD) (Applies to Out-of-Network Inpatient Hospital ONLY) | $500 |
| **Coinsurance** (amount member pays) | |
| In-Network | Member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (but participates in our Traditional network) | Member pays 20% of Allowed Amount |
| Out-of-Network (does not participate in our Traditional network) | Member pays 40% of |
| **Total Lifetime Maximum** Benefit per Person | $50,000 |

Please refer to the Individual Plan II 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 II 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 acuda al médico o al dentista para los cuidados de rutina y obtenga las recetas de medicamentos o pruebas de laboratorio que pueda necesitar[1]. Además tendrá cobertura para hospitalización.

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 y 64 años de edad. Debe haber estado sin seguro de salud durante seis meses o más (existen algunas excepciones); y no ser elegible para ningún programa de salud público (como por ejemplo: Medicaid).

**El plan ofrece beneficios de salud preventiva y básica y beneficios de cuidado dental, cobertura por hospitalización, 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 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[2] de proveedores participantes, por ello es fácil hacer una cita.

Para recibir los mejores beneficios, consultas médicas, consultas en el hospital 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.

[1]Los servicios incluyen visitas al médico para diagnóstico, tratamiento y lesión, exámenes de alergias e inyecciones, cirugía ambulatoria y anestesia en el consultorio.
[2]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 servicio cubiertos (el Monto Permitido). Si usted elije ir a un proveedor fuera de la red, el saldo es lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos MENOS nuestro pago (probablemente 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*

| Beneficios para Servicios Cubiertos | Monto que usted paga |
|---|---|
| **Servicios en el Consultorio**<br>Los lugares estándares de servicio son: Consultorio del Médico, Centro de Cuidado Urgente, Centro de Atención y Visitas Médicas Virtuales | |
| **Servicios en Consultorio Médico** | |
| Médico de Cabecera Dentro de la Red | Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga 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 paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido de BCBSF |
| 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 paga 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 paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido |
| Complicaciones del Embarazo | Se abona como en cualquier otro servicio, según el lugar donde se ofrece el servicio |
| **Cuidados Preventivos** | |
| **Servicios de Bienestar para Adultos**<br>*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.* | |
| 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 paga 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 paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor |
| Mamografías | Abonamos 100% por los servicios cubiertos, dentro o fuera de la red |
| Colonoscopía (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 paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido |
| **Programa de Medicamentos Recetados** | |
| Programa de Farmacia | El plan paga hasta $15 por medicinas recetadas del asegurado |
| **Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imagen** (AIS, por sus siglas en inglés)<br>(MRTI, MRA, PET, CT, Medicina Nuclear) | |
| Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la red (no participa en nuestra red tradicional) | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Atención por Emergencia – Centro de cuidado de urgencias** | |
| Dentro de la Red | **Si NO es quirúrgico:**<br>Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido<br>**Si es QUIRURGICO:**<br>Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |

| | |
|---|---|
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red tradicional) | **Si NO es quirúrgico:**<br>Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido<br>**Si es QUIRÚRGICO:**<br>Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Servicios en Establecimientos de Sala de Emergencia** (ER) (por visita) | |
| Dentro de la Red | **Quirúrgico y No Quirúrgico:**<br>Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional) | **Quirúrgico y No Quirúrgico:**<br>Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Servicios de Ambulancia** (Dentro y Fuera de la Red) | |
| Viaje por mar, aire y tierra, combinado máximo por día | • Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido<br>• Combinado $5,000 máximo por día |
| **Servicios Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios** | |
| **Servicios en Centros Independientes de Exámenes de Diagnóstico** (por visita) (ejemplo, Radiografías)<br>(Incluye Servicios del Proveedor) | |
| Servicios de Diagnóstico Dentro de la Red (excepto AIS) | Mamografías y Estudios de Osteoporosis:<br>• 100% del Monto Permitido / $0<br>Todos los Otros – Servicios Relacionados con Cirugía Solamente:<br>• Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto permitido |
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional) | Mamografías y Estudios de Osteoporosis:<br>• 100% del Monto Permitido / $0<br>Todos los Otros – Servicios Relacionados con Cirugía Solamente:<br>• Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Laboratorio Clínico Independiente** (por ej. análisis de sangre) | |
| Dentro de la red (Búsqueda de Diagnósticos) | Usted no abona nada si está dentro de la red, nosotros pagamos el 100% |
| **Servicios en Establecimientos de Atención Ambulatoria**<br>(por visita) (por ejemplo, análisis de sangre y radiografías) | Servicios Relacionados con Cirugía **Solamente** |
| Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red tradicional) | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Salud Mental** | |
| Paciente hospitalizado PCY Máximo | $2,000 |

| | |
|---|---|
| Paciente ambulatorio PCY Máximo | • $500 PCY Máximo por Asegurado<br>• Por visita = Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido |
| Máximo de Beneficios de por Vida | $10,000 |
| **Servicios de Otros Proveedores** | |
| **Servicios de Proveedores en el Hospital y Sala de emergencia** | Servicios relacionados con cirugía **solamente** |
| Dentro de la Red y Fuera de la Red | **Si es QUIRÚRGICO:**<br>Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| **Radiología, Patología y Anestesiología** | |
| Dentro de la Red y Fuera de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| **Otros servicios especiales** | |
| Prostética y Prostética y – Cirugía Relacionada | • Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido<br>• SIN Capitalización anual |
| Equipo Médico Duradero – Cirugía Relacionada | • Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido<br>• SIN Capitalización anual |
| Hospicio para Enfermos Terminales | • $5,200 Máximo de Beneficios de por Vida<br>• Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| **Hospital/Quirúrgico** | |
| **Centro Quirúrgico Ambulatorio** (*ASC, por sus siglas en inglés*) | Servicios Relacionados con Cirugía **Solamente** |
| Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Servicios de Proveedores Prestados en un ASC** | Servicios Relacionados con Cirugía **Solamente** |
| Médico Familiar Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Especialista Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Servicios de Rehabilitación e Instalaciones Hospitalarias para Pacientes Internados** (por admisión) Rehabilitación limitada a 21 días PCY | |
| Dentro de la Red | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la red (no participa en nuestra red tradicional) | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |

| **Servicios en Establecimientos de Atención Ambulatoria** (por visita) | Servicios Relacionados con Cirugía **Solamente** |
|---|---|
| Dentro de la Red – Servicios de terapia | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 20% del Monto Permitido |
| Dentro de la Red – Todos los otros servicios | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional) | Una vez que se pague el CYD, el asegurado paga el 40% del Monto Permitido |
| **Cobertura Odontológica** | |
| **Servicios Odontológicos Básicos y Preventivos** | |
| Dentro de la Red | Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el Monto Permitido |
| Fuera de la Red | Abonamos $50 o el Monto Permitido (el que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor. |
| **Características Financieras** | |
| **Beneficio Médico Máximo por Año Calendario por Persona** | **$25,000** |
| Deducible por Año Calendario (**CYD** por sus siglas en inglés) (por persona) | |
| Dentro de la Red | $3,000 por persona |
| Fuera de la Red | $6,000 por persona |
| Deducible de Hospital por Admisión (PAD) (por sus siglas en inglés)<br>(Se aplica a pacientes hospitalizados Fuera de la Red SOLAMENTE) | $500 |
| **Coaseguro** (monto que paga el asegurado) | |
| Dentro de la Red | El asegurado paga 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red (pero participa en nuestra red Tradicional) | El asegurado paga 20% del Monto Permitido |
| Fuera de la Red (no participa en nuestra red Tradicional) | El asegurado abona 40% del Monto Permitido |
| **Máximo de Beneficios de por Vida Total** por persona | $50,000 |

Consulte su Contrato Plan II Individual 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.