




**BlueCross BlueShield
of Florida**

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

English  Español

Individuals Under 65
Benefit Summary

Family Physician Plan 10

BlueOptions

For Individuals
Under 65

Benefit Summary – Plan 10

BlueOptions[®] is all about flexibility and choices—so your health plan can fit your lifestyle and your health care needs. This affordable health insurance policy¹ empowers you to be in control of your health care choices and their related costs.

- **You can choose any doctor or hospital you want, whenever you want**
- **No need to worry about getting referrals**
- **You pay only a low copayment when you receive covered office services from any NetworkBlue² family physician**

The best value for your health care dollar can be found in our **NetworkBlue provider network**, a group of doctors and hospitals who've chosen to partner with us in offering you a quality health care experience. In general, your expenses for covered services should be lower when you use a NetworkBlue provider and receive care in a doctor's office. If you use out-of-network providers or receive care in a specialized or acute setting, like the emergency room, out-of-pocket costs are likely to be higher. You can find out if a provider participates in NetworkBlue by simply checking online at www.bcbsfl.com.

BlueOptions plans feature a two-option design of participating NetworkBlue hospitals. Each option represents varying cost levels for hospital services, so you can estimate how your out-of-pocket costs could be affected based on what option a hospital is in.

Having this information can help you plan for potential out-of-pocket expenses. We encourage you to carefully review your options outlined in this benefit summary to help understand your share of costs. Your costs will vary depending on where you seek care and who performs the service.

Physician Discount

Many NetworkBlue physicians offer BlueOptions members a rate which is at least 25 percent below the usual fees charged for services that are **not Covered Services** under your health plan. By taking advantage of this discount, you get the care you need from the doctor you trust. However, BCBSF does not guarantee that a physician will honor the discount. Since you pay out-of-pocket for any non-covered services, it's your responsibility to discuss the costs and discounted rates for non-covered services with your physician **before** you receive services. 'Physician Discount' is not part of your insurance coverage or a discount medical plan.

Blueprint for Health® offers you a master plan beyond your benefit plan.

Your BlueOptions plan gives you access to personalized, caring solutions and support and proactive programs³ to help keep you in charge of your health *and* your health care. It's real people, real-time, 24/7 for support, for answers and guidance to help ensure you're as equally ready to handle a common cold, a chronic condition, or even a health care crisis.



Prevention and wellness services, including discounts³ on health-related programs and services such as vision care, hearing care, alternative care, fitness clubs, bicycle helmets and more



Chronic condition management



Acute condition support



Decision support through a variety of tools and resources available online or over the phone



Online access to participating physician offices for **e-office visits**, consultations, appointment scheduling or cancellation, prescription refills and much more⁴



BlueOptions members receive a quarterly **Personal Health Report**, and **programs to reward you for staying healthy and participating in sports**



MyBlueServiceSM, our 24/7 online member self-service, where you can request extra ID cards, review benefits, check claims status, print forms and more

How can Blue help you?

1. Policies have limitations and exclusions and are medically underwritten.
2. NetworkBlue is one of our Preferred Provider Networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers.
3. As a courtesy, Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. has entered into arrangements with various vendors to provide value-added features that include care decision support tools and services to its members. These programs are not part of insurance coverage. All decisions that members make pertaining to medical/clinical judgment should be made in conjunction with their Physician since neither BCBSF nor its vendors provide medical care or advice.
4. As a courtesy, Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. has an arrangement with a vendor to provide secure online communication between its members and participating physicians as a value-added feature. The written terms of your policy determine what is covered.

Understanding Your Share for Covered Services

NetworkBlue is the Preferred Provider Network designated as “In-Network” for BlueOptions.

Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Office Services	
Physician Office Services In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network Office Visit In-Network e-Office Visit Out-of-Network e-Office Visit	\$20 Copayment CYD ⁵ + 20% Coinsurance ⁶ CYD + 40% Coinsurance \$10 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Maternity Initial Visit With many plans a maternity option is available – you can choose to add an endorsement, at an additional rate, that provides benefits for pregnancy and delivery (the endorsement must be in effect for 30 days prior to conception).	Available
Allergy Injections (per visit) In-Network Family Physician Out-of-Network	\$10 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Preventive Care	
Adult Wellness Benefit Maximum (PCY ⁷ max, includes Well Woman and Routine Adult Physical Exam and Immunizations)	\$150 PCY Benefit Maximum per Member
Routine Adult Physical Exam and Immunizations (Applies towards Adult Wellness PCY max) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	\$20 Copayment 20% Coinsurance 40% Coinsurance
Well Woman Exam (e.g., Annual GYN) (Applies towards Adult Wellness PCY max) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	\$20 Copayment 20% Coinsurance 40% Coinsurance
Mammograms (Covered at 100% of Allowed Amount, In- and Out-of-Network)	\$0
Well Child (No PCY max) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	\$20 Copayment 20% Coinsurance 40% Coinsurance
Prescription Drug Program (BlueScript®)	
Pharmacy Deductible (PD) (Applies to Brand Name medications only)	\$200
Generic Prescription Drugs	\$15 Copayment
Preferred Brand Name and Non-Preferred Prescription Drugs	PD + 40% Coinsurance
BlueScript Pharmacy benefit also provides coverage for diabetic equipment and supplies. Mail order is not available with this pharmacy program.	

5. CYD = Calendar Year Deductible (CYD) is the amount the member is responsible for before BCBSF pays.

6. Coinsurance is the percentage the member pays for services.

7. PCY = Per Calendar Year

Emergency Medical Care	
Urgent Care Centers In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Emergency Room Facility Services (ER)⁸ (per visit) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Ambulance Services (In- and Out-of-Network) (Ground travel / air and water travel, per day maximum)	CYD + 20% Coinsurance \$400 / \$4,000
Outpatient Diagnostic Services	
Independent Diagnostic Testing Facility Services⁹ (per visit) (e.g., X-rays) (Includes Provider Services) In-Network Out-of-Network	\$100 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Independent Clinical Lab⁹ (e.g., blood work) In-Network / Out-of-Network	\$0 / CYD + 40% Coinsurance
Outpatient Hospital Facility Services⁸ (per visit) (e.g., blood work and X-rays) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network	\$200 Copayment / \$300 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Mental Health/Substance Dependency	
Mental Health (Inpatient PCY / Outpatient PCY / Lifetime Maximum) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit In-Network Specialist Out-of-Network	\$2,000 / \$600 / \$10,000 \$750 Copayment / \$1,000 Copayment \$500 PAD + CYD + 40% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Substance Dependency (Lifetime max) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit In-Network Specialist Out-of-Network	\$2,000 \$750 Copayment / \$1,000 Copayment \$500 PAD + CYD + 40% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Other Provider Services	
Provider Services at Hospital and ER⁸ In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Provider Services at Locations other than Office, Hospital and ER⁹ In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance

Other Special Services	
Combined Outpatient Cardiac Rehabilitation and Occupational, Physical, Speech and Massage Therapies and Spinal Manipulations (PCY max) In-Network Locations other than Hospital and Physician's Office Out-of-Network Locations other than Hospital Outpatient Hospital Facility Services (per visit) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network	\$1,500 CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance \$200 Copayment / \$300 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Durable Medical Equipment, Prosthetics and Orthotics ⁸ In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Home Health Care (PCY max) In-Network Out-of-Network	\$2,500 CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Skilled Nursing Facility (PCY) In-Network Out-of-Network	60 days CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Hospice (Lifetime max) In-Network Out-of-Network	\$5,200 CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Hospital/Surgical	
Ambulatory Surgical Center Facility (ASC) ⁹ In-Network Out-of-Network	\$100 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Provider Services Rendered at an ASC ⁹ In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Inpatient Hospital Facility and Rehabilitation Services ⁸ (per admit) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network	Rehabilitation Services limit - 21 days PCY \$750 Copayment / \$1,000 Copayment \$500 PAD + CYD + 40% Coinsurance
Outpatient Hospital Facility Services ⁸ (per visit) In-Network (Option 1 / Option 2) Out-of-Network	\$200 Copayment / \$300 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Emergency Room Facility Services (ER) ⁸ (per visit) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance

8. Includes services rendered at a Hospital, Psychiatric Facility or Substance Abuse Facility. Please refer to the Provider Directory to determine the applicable option for each In-Network Hospital. Services rendered at an Out-of-State BlueCard® Program participating hospital are at the Option 2 In-Network cost sharing amount.

9. Includes services rendered at locations other than Hospital, Psychiatric Facility, Substance Abuse Facility or a Physician's Office.

Note: Out-of-Network services may be subject to balance billing.

Financial Features	
Calendar Year Deductible (CYD) (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network (CYD is the amount the member is responsible for before BCBSF pays)	\$500 / N/A Combined w/In-Network
Out-of-Network Inpatient Hospital Facility Services Per Admission Deductible (PAD)	\$500
Coinsurance In-Network / Out-of-Network (Coinsurance is the percentage the member pays for services)	20% / 40%
Out-of-Pocket Maximum (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network (Out-of-Pocket Maximums include CYD, Coinsurance, Copayments and PAD; Excludes Prescription Drugs. The In-Network Out-of-Pocket Maximum and Out-of-Network Out-of-Pocket Maximum are separate, and as such, accumulate separately and are applied separately.) (Any non-covered charges, benefit penalty reductions, charges in excess of any maximum benefit limitations, or charges in excess of the Allowed Amount are not included.)	\$4,000 / \$8,000 \$25,000 / \$25,000
Total Lifetime Maximum Benefit	\$5,000,000 per Member

Limitations and Exclusions

The following is a partial list of services that are excluded from coverage under the Individual BlueOptions Contract. For a complete listing, please refer to the Contract.

- All services not specifically listed in the Contract or in any rider or endorsement, unless such services are specifically required by state law
- Any service which is not Medically Necessary
- Maternity care
- Elective cosmetic surgery
- Hearing aids or eyeglasses, vision or dental care, or oral appliances
- Elective abortions
- Infertility services
- Complementary and Alternative Healing Methods (CAM)
- Routine foot care
- Oral Contraceptives and Devices

A 24-month pre-existing condition limitation applies to all services. Please refer to the Individual BlueOptions 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., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. This does not constitute a Contract. For a complete description of benefits and exclusions, please see the Contract.



**BlueCross BlueShield
of Florida**

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

Español  English

Para Personas Menores
de 65 Años
Resumen de Beneficios

Plan con Copago Médico 10

BlueOptions

Para Personas Menores
de 65 Años

Resumen de Beneficios – Plan 10

BlueOptions® se basa en la flexibilidad y las opciones, de manera que su plan de salud puede adaptarse a su estilo de vida y a sus necesidades de cuidado de la salud. Esta póliza de seguro de salud asequible¹ le facilita controlar sus opciones de cuidado de la salud y los costos relacionados.

- Puede elegir cualquier médico u hospital que desee, cuando lo desee.
- No necesita preocuparse por obtener referidos.
- Sólo abona un copago bajo cuando recibe los servicios cubiertos en el consultorio de cualquier médico familiar de NetworkBlue².

El mejor valor para el dinero que usted destina a los cuidados de la salud lo puede encontrar en nuestra **red de proveedores de NetworkBlue**, que consiste en un grupo de médicos y hospitales que han elegido asociarse con nosotros para ofrecerle una experiencia médica de calidad. En general, sus gastos por los servicios cubiertos deben ser menores cuando utiliza un proveedor de NetworkBlue y recibe atención en el consultorio del médico. Si utiliza proveedores fuera de la red o recibe cuidados en un establecimiento de atención crítica o especializado, como la sala de emergencias, es probable que los costos de desembolso sean más elevados. Puede averiguar si un (o su) proveedor participa en NetworkBlue simplemente haciendo clic en Internet en www.bcbsfl.com.

Los planes BlueOptions presentan un diseño de dos opciones de hospitales participantes de NetworkBlue. Cada opción representa diferentes niveles de costos para los servicios hospitalarios, para que sepa cómo se verán afectados sus gastos de desembolso dependiendo de la opción en la cual se encuentre un hospital.

Contar con esta información puede ayudarle a planificar sus gastos potenciales de desembolso. Le recomendamos que revise cuidadosamente sus opciones detalladas en este resumen de beneficios para ayudarlo a comprender la parte de los costos que le corresponde pagar. Sus costos variarán dependiendo de dónde busque los cuidados de la salud y quién realice los servicios.

Descuento Médico

Muchos médicos de NetworkBlue ofrecen a los asegurados de BlueOptions una tarifa que está por lo menos un 25 por ciento por debajo de los honorarios habituales que se cobran por servicios que **no sean Servicios Cubiertos** en virtud de su plan de salud. Al aprovechar este descuento, usted obtiene los cuidados que necesita de un médico en el cual confía. Sin embargo, BCBSF no puede garantizar que un médico se rija por este descuento. Dado que usted debe pagar gastos de desembolso por los servicios no cubiertos, es su responsabilidad hablar con su médico **antes** de que reciba los servicios para saber cuáles serán los costos y las tarifas con descuento para los servicios no cubiertos. El “Descuento Médico” no forma parte de su cobertura de seguro ni es un plan de descuentos médicos.

Blueprint for Health® le ofrece un plan general más allá de su plan de beneficios. Su plan BlueOptions le proporciona acceso a soluciones de atención personalizadas y programas proactivos y de ayuda³ para mantenerlo a cargo de su salud y sus cuidados de la misma. Y con gente siempre dispuesta a atenderle personalmente, de manera inmediata, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que usted esté igualmente preparado para manejar un resfriado común, una enfermedad crónica, o inclusive una crisis de salud.



Servicios de bienestar y prevención, inclusive descuentos³ en programas relacionados con la salud y servicios como cuidados de la vista, cuidados auditivos, cuidados alternativos, clubes de acondicionamiento físico, cascos para bicicletas y mucho más.



Manejo de afecciones crónicas



Ayuda para afecciones graves



Apoyo para la toma de decisiones mediante una variedad de herramientas y recursos disponibles por Internet o a través del teléfono



Acceso por Internet al consultorio de su médico participante para **visitas por Internet** o “e-office visits”, realizar consultas, programar o cancelar citas, reponer recetas y mucho más⁴.



Los asegurados de BlueOptions reciben un **Informe de Salud Personal** trimestral y **programas que lo recompensan por mantenerse saludable y participar en actividades deportivas.**



MyBlueServiceSM, nuestro sistema de autoservicio por Internet para asegurados que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, donde puede solicitar tarjetas de identificación adicionales, examinar los beneficios, ver el estado de las reclamaciones, imprimir formularios y mucho más.

Su salud es nuestra prioridad.

1. Las pólizas tienen limitaciones y exclusiones y cuentan con valoración médica.
2. NetworkBlue es una de nuestras Redes de Proveedores Preferidos, conformada por médicos y hospitales independientes y proveedores auxiliares.
3. Como una gentileza, Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. ha celebrado acuerdos con varios proveedores para ofrecer a sus asegurados elementos de valor agregado, entre ellos servicios y herramientas de apoyo para la toma de decisiones. Estos programas no forman parte de la cobertura del seguro. Todas las decisiones que tomen los asegurados relacionadas con criterios médicos/clínicos deben tomarlas en conjunto con su Médico, dado que ni BCBSF ni los proveedores de estos servicios suministran asesoramiento ni cuidados médicos.
4. Como una gentileza, Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. ha celebrado un acuerdo con un proveedor para ofrecer, como un elemento de valor agregado, un servicio de comunicaciones seguras por Internet entre sus asegurados y los médicos participantes. Los términos escritos de su póliza determinan el alcance de la cobertura.

Comprenda la Parte de los Gastos que le Corresponde Pagar por los Servicios Cubiertos

NetworkBlue es la Red de Proveedores Preferidos, designados como “Dentro de la Red” para BlueOptions.

Beneficios para Servicios Cubiertos

Monto que paga el asegurado

Servicios en el Consultorio	
Servicios en el Consultorio del Médico Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Visita al Consultorio Fuera de la Red Consulta por Internet o “e-Office” Dentro de la Red Consulta por Internet o “e-Office” Fuera de la Red	\$20 Copago CYD ⁵ + 20% Coaseguro ⁶ CYD + 40% Coaseguro \$10 Copago CYD + 40% Coaseguro
Visita Inicial por Maternidad Con muchos de los planes puede acceder a un beneficio de maternidad: por una tarifa adicional, puede optar por añadir un endoso que le ofrece beneficios para embarazo y parto (el endoso debe entrar en vigencia 30 días antes de la concepción).	Disponible
Inyecciones Antialérgicas (por visita) Médico Familiar Dentro de la Red Fuera de la Red	\$10 Copago CYD + 40% Coaseguro
Cuidados Preventivos	
Máximo de Beneficios de Bienestar para Adultos (máximo PCY ⁷ , incluye Vacunas y Exámenes Físicos de Rutina para Adultos y Bienestar para la Mujer)	\$150 Beneficio Maximo por Asegurado
Exámenes Físicos de Rutina para Adultos y Vacunas (se aplica al máx. PCY de Servicios de Bienestar para Adultos) Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	\$20 Copago 20% Coaseguro 40% Coaseguro
Examen de Salud de la Mujer (por ej. Examen Ginecológico Anual) (se aplica al máx. PCY de Servicios de Bienestar para Adultos) Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	\$20 Copago 20% Coaseguro 40% Coaseguro
Mamografías (Cubiertas al 100% del Monto Permitido, Dentro y Fuera de la Red)	\$0
Cuidados para el Desarrollo Normal Infantil (sin máx. PCY) Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	\$20 Copago 20% Coaseguro 40% Coaseguro
Programa de Medicinas Recetadas (BlueScript®)	
Deducible de Farmacia (PD, por sus siglas en inglés) (Se aplica sólo a medicamentos de Marca)	\$200
Medicinas Recetadas Genéricas	\$15 Copago
Medicinas Recetadas No Preferidas y de Marca Preferidas	PD + 40% Coaseguro
Los Beneficios de Farmacia de BlueScript también brindan cobertura para suministros y equipos para diabéticos. La orden por correo no está disponible con este programa de farmacia.	

5. CYD = Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es el monto que el asegurado debe asumir antes de que pague BCBSF.

6. Coaseguro es el porcentaje que paga el asegurado por los servicios.

7. PCY = Por Año Calendario (por sus siglas en inglés)

Cuidados Médicos de Emergencia	
Centros de Cuidados de Urgencia Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos con Sala de Emergencias (ER)⁸ (por visita) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios de Ambulancia (Dentro y Fuera de la Red) (Viaje Terrestre / Viaje por Aire y Agua, máximo por día)	CYD + 20% Coaseguro \$400 / \$4,000
Servicios de Diagnóstico para Pacientes Externos	
Servicios en Centros Independientes de Exámenes de Diagnóstico⁹ (por visita) (por ej. Radiografías) (Incluye Servicios del Proveedor) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$100 Copago CYD + 40% Coaseguro
Laboratorio Clínico Independiente⁹ (por ej. análisis de sangre) Dentro de la Red / Fuera de la Red	\$0 / CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios⁸ (por visita) (por ej. análisis de sangre y radiografías) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Fuera de la Red	\$200 Copago / \$300 Copago CYD + 40% Coaseguro
Salud Mental/Dependencia de Sustancias	
Salud Mental (PCY para Pacientes Internos/ PCY para Pacientes Externos / Máximo de por Vida) Servicios en Centros de Hospitalización (por cada admisión) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Deducible por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Externo Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	\$2,000 / \$600 / \$10,000 \$750 Copago / \$1,000 Copago \$500 PAD + CYD + 40% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Dependencia de Sustancias (Máximo de por Vida) Servicios en Centros de Hospitalización (por cada admisión) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Deducible por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Externo Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	\$2,000 \$750 Copago / \$1,000 Copago \$500 PAD + CYD + 40% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios de Otros Proveedores	
Servicios de Proveedores en Hospital y Sala de Emergencias⁸ Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios de Proveedores en otros Establecimientos que no sean el Consultorio del Médico, un Hospital o una Sala de Emergencias⁹ Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro

Otros Servicios Especiales	
Beneficio Combinado de Terapia Cardíaca, Ocupacional, Física, del Habla, de Masajes y Manipulación de la Espina Dorsal para Pacientes Externos (máx. PCY) Establecimientos Dentro de la Red que no sean un Hospital o el Consultorio del Médico Establecimientos Fuera de la Red que no sean un Hospital Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios (por visita) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Fuera de la Red	\$1,500 CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro \$200 Copago / \$300 Copago CYD + 40% Coaseguro
Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Ortótica ⁸ Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Cuidados de la Salud en el Hogar (máx. PCY) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$2,500 CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Centro de Cuidados Médicos Especializados (PCY) Dentro de la Red Fuera de la Red	60 días CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Hospicio para Enfermos Terminales (Máximo de por vida) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$5,200 CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios Hospitalarios/Quirúrgicos	
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) ⁹ Dentro de la Red Fuera de la Red	\$100 Copago CYD + 40% Coaseguro
Servicios de Proveedores Prestados en un ASC ⁹ Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Centros de Hospitalización y Servicios de Rehabilitación ⁸ (por admisión) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Deducible por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Fuera de la Red Fuera de la Red	Límite de Servicios de Rehabilitaciones – PCY de 21 días \$750 Copago / \$1,000 Copago \$500 PAD + CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios ⁸ (por visita) Dentro de la Red (Opción 1 / Opción 2) Fuera de la Red	\$200 Copago / \$300 Copago CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos con Salas de Emergencias (ER) ⁸ (por visita) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro

8. Incluye los servicios brindados en un Hospital, una Clínica Psiquiátrica o un Centro de Cuidados por Abuso de Sustancias. Consulte el Directorio de Proveedores para determinar la opción correspondiente a cada Hospital Dentro de la Red. A los servicios prestados en un hospital que participe en el Programa BlueCard® Fuera del Estado le corresponden los montos de gastos compartidos Dentro de la Red de la Opción 2.

9. Incluye los servicios prestados en aquellos lugares que no sean un Hospital, un Centro Psiquiátrico, un Centro de Cuidados por Abuso de Sustancias o un Consultorio Médico.

Nota: Los servicios Fuera de la Red pueden estar sujetos a la facturación del saldo.

Características Financieras	
Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) (por persona / familia total) Dentro de la Red Fuera de la Red (CYD es el monto que debe asumir el asegurado antes de que pague BCBSF)	\$500 / No corresponde Combinado c/montos Dentro de la Red
Deducible Por Admisión (PAD) por Servicios en Centros de Hospitalización Fuera de la Red	\$500
Coaseguro Dentro de la Red / Fuera de la Red (Coaseguro es el porcentaje que paga el asegurado por los servicios)	20% / 40%
Desembolso Máximo (por persona / familia total) Dentro de la Red Fuera de la Red (Los Desembolsos Máximos incluyen CYD, Coaseguro, Copagos y PAD; excluye Medicinas Recetadas. El Desembolso Máximo Dentro de la Red y el Desembolso Máximo Fuera de la Red son independientes y, como tales, se acumulan y se aplican por separado.) (No se incluyen los cargos no cubiertos, las reducciones por sanciones sobre los beneficios, los cargos que superen las limitaciones del máximo de un beneficio ni los cargos que superen el Monto Permitido.)	\$4,000 / \$8,000 \$25,000 / \$25,000
Máximo Total de Beneficios de Por Vida	\$5,000,000 por asegurado

Limitaciones y Exclusiones

A continuación se ofrece una lista parcial de los servicios excluidos de la cobertura en virtud del Contrato BlueOptions Individual. Para ver una lista completa, consulte su Contrato.

- Todos los servicios que no estén específicamente detallados en el Contrato ni en ninguna cláusula adicional ni endoso, a menos que las leyes estatales los estipulen específicamente
- Cualquier servicio que no sea Medicamento Necesario
- Cuidados por maternidad
- Cirugía plástica electiva
- Aparatos auditivos o anteojos, cuidados dentales o de la vista o aparatos orales
- Abortos electivos
- Servicios para la infertilidad
- Métodos Curativos Alternativos y Complementarios (CAM, por sus siglas en inglés)
- Cuidados de rutina de los pies
- Anticonceptivos Orales y Dispositivos

Se aplica a todos los servicios una limitación de 24 meses por afecciones preexistentes. Consulte su Contrato BlueOptions 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., un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Esto no constituye un Contrato. Para ver una descripción completa de los beneficios y las exclusiones, consulte el Contrato.

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