



**BlueCross BlueShield
of Florida**

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

English  Español

**Individuals Under 65
Benefit Summary**

Hospital and Surgical Coverage Plan 73
Limited Benefit Plan

BlueOptions

A Limited Benefit Plan
For Individuals Under 65

Benefit Summary – Hospital and Surgical Coverage Plan 73

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

This health insurance policy is ideal for:

- A covered hospital admission and the covered physician office services.
- Covered outpatient surgeries as an outpatient of a hospital, ambulatory surgical center, or a physician's office (i.e. bone setting, casting and/or stitching).
- Diagnostic services such as X-rays, ultrasound, and CAT scans, when part of a hospital inpatient service or proximately related to an outpatient surgical service.
- Mammograms are covered—even when the service is provided in a physician's office.

You can relax knowing you still have coverage for trips to the emergency room (ER) even if you aren't admitted and no surgical services are performed.

- While the plan's Calendar Year Deductible (CYD) and applicable coinsurance are applied to ER services that result in a covered surgery or inpatient admission, if your ER visit is not related to surgery or an inpatient admission, you're still covered.
- Members pay a \$2,500 per visit deductible and applicable coinsurance for services such as physician, tests, X-rays or labs performed in the emergency room that are not classified as surgical services or do not result in an inpatient admission. However, you won't be paying the full hospital charge for services.
- The emergency room per visit deductible does not apply towards the plan Out-of-Pocket Maximum or the CYD.

The best value for your health care dollar can be found in our **NetworkBlue² provider network**, a group of doctors and hospitals who've chosen to partner with us. In general, your expenses for covered services should be lower when you use a NetworkBlue provider. 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 (or your) 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. This BlueOptions **limited benefit plan** provides you with basic protection against major illness requiring hospitalization or surgery. Your costs will vary depending on where you seek care and who performs the service.

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.

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?

3. As a courtesy, BCBSF 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 should be made in conjunction with the 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 (Coverage for Surgical Services only) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network Office Visit In-Network e-Office Visit Out-of-Network e-Office Visit Physician Surgical Services Associated with a Surgery are Covered when Rendered at an Ambulatory Care Center, Physician’s Office, Inpatient Hospital, Outpatient Hospital, or Emergency Room. Diagnostic Tests, X-ray and Laboratory Services proximately related to a Surgery are Covered.	CYD ⁵ + 20% Coinsurance ⁶ CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance \$10 Copayment CYD + 40% Coinsurance
Allergy Injections	Not Covered
Preventive Care	
Adult Wellness Benefit Maximum	Not Covered
Routine Adult Physical Exam and Immunizations	Not Covered
Well Woman Exam (e.g., Annual GYN)	Not Covered
Mammograms (Covered at 100% of Allowed Amount, In- and Out-of-Network)	\$0
Well Child (No PCY ⁷ max) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	20% Coinsurance 20% Coinsurance 40% Coinsurance
Prescription Drug Program (BlueRx Discounts[®])	
Pharmacy Deductible	\$0
Generic, Preferred Brand Name and Non-Preferred Prescription Drugs	Access to Discounts
The BlueRx Discounts Program is offered with this BlueOptions health plan and is designed to give you special discounted pricing on Generic Prescription Drug, Brand Name Prescription Drug and Non-preferred Prescription Drug purchases when you show your ID card at participating pharmacies. You’ll also be able to receive savings on Prescription Drugs ordered through the mail by purchasing them through PrimeMail [®] . The BlueRx Discounts program is administered by Prime Therapeutics LLC [®] and is not an insurance product or part of the BlueOptions insurance policy. The participating Pharmacies are independently contracted and only participating Pharmacies offer these program discounts.	

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 (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Emergency Room Facility Services⁸ (per visit) If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network Non-Surgical Services Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance \$2,500 PVD + 20% Coinsurance PVD + 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) (services proximately related to Surgical Services) (e.g., X-rays) (Includes Provider Services) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Independent Clinical Lab⁹ (services proximately related to Surgical Services) (e.g., blood work) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Outpatient Hospital Facility Services⁸ (per visit) (Surgical Services Only) (e.g., Surgeries, proximately related blood work and X-rays) In-Network Option 1 Option 2 Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Mental Health/Substance Dependency	
Mental Health	Not Covered
Substance Dependency	Not Covered
Other Provider Services	
Provider Services at Hospital and ER⁸ If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network Non-Surgical Services Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance \$2,500 PVD + 20% Coinsurance PVD + 40% Coinsurance
Provider Services at Locations other than Office, Hospital and ER⁹ (Surgical Services Only) 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	Not Covered
Durable Medical Equipment, Prosthetics and Orthotics⁸ (If provided during Surgery or at time of discharge) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Home Health Care	Not Covered
Skilled Nursing Facility	Not Covered
Hospice (Lifetime max) In-Network Out-of-Network	\$5,200 CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Hospital/Surgical	
Ambulatory Surgical Center Facility (ASC)⁹ (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Provider Services Rendered at an ASC⁹ (Surgical Services Only) In-Network Family Physician In-Network Specialist Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Inpatient Hospital Facility and Rehabilitation Services⁸ (per admit) In-Network Option 1 Option 2 Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network	Rehabilitation Services limit - 21 days PCY CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance \$500 PAD + CYD + 40% Coinsurance
Outpatient Hospital Facility Services⁸ (per visit) (Surgical Services Only) In-Network Option 1 Option 2 Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance
Emergency Room Facility Services⁸ (per visit) If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network Non-Surgical Services Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network	CYD + 20% Coinsurance CYD + 40% Coinsurance \$2,500 PVD + 20% Coinsurance PVD + 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)	\$5,000 / \$5,000 \$10,000 / \$10,000
Out-of-Network Inpatient Hospital Facility Services Per Admission Deductible (PAD)	\$500
Emergency Room Non-Surgical Per Visit Deductible (PVD) (Facility and Physician Services)	\$2,500
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 and PAD; Excludes Prescription Drugs and Emergency Room PVD. 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.)	\$10,000 / \$10,000 \$25,000 / \$25,000
Total Lifetime Maximum Benefit	\$5,000,000

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

Cobertura Quirúrgica y Hospitalaria Plan 73
Plan de Beneficios Limitados

BlueOptions

Plan de Beneficios Limitados para Personas Menores de 65 Años

Resumen de Beneficios – Plan 73 Cobertura Quirúrgica y Hospitalaria

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 asequible de seguro de salud de beneficios limitados¹ le facilita controlar sus opciones de cuidados de la salud y los costos relacionados.

Esta póliza de seguro médico es ideal para:

- Los servicios en el consultorio del médico cubiertos y la admisión hospitalaria cubierta.
- Cirugías ambulatorias cubiertas como paciente externo de un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio o del consultorio de un médico (por ej. acomodar un hueso, colocar un yeso y/o sutura).
- Servicios de diagnóstico tales como radiografías, ecografías o tomografías computarizadas (“CAT scans”), cuando formen parte de un servicio al paciente hospitalizado o estén estrechamente ligados a un servicio quirúrgico ambulatorio.
- Las mamografías están cubiertas, inclusive cuando el servicio se presta en el consultorio de un médico.

Usted puede estar tranquilo sabiendo que aún posee cobertura para visitas a la sala de emergencias, aun cuando no estuviera hospitalizado y no se realicen servicios quirúrgicos.

- Aunque se apliquen el Deducible por Año Calendario (CYD) y el coaseguro aplicable a los servicios en la sala de emergencias que resulten en una hospitalización o cirugía cubierta, si su visita a la sala de emergencias no se relaciona con una cirugía o una hospitalización, usted posee cobertura de todas maneras.
- Los asegurados abonan un deducible de \$2,500 por visita y coaseguro aplicable para los servicios tales como médicos, exámenes, radiografías o análisis de laboratorio que se realicen en la sala de emergencias y que no se clasifican como servicios quirúrgicos o que no resultan en una hospitalización. Sin embargo, usted no pagará los cargos hospitalarios completos por los servicios.
- Este deducible por visita a la sala de emergencias no se computa para el CYD o el desembolso máximo del plan.

El mejor valor para el dinero que usted destina a los cuidados de la salud lo puede encontrar en nuestra **red de proveedores de NetworkBlue²**, 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. Este plan BlueOptions de **beneficios limitados** le ofrece una protección básica contra las principales enfermedades que requieren hospitalización o cirugía. 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.

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.

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.

3. Como una gentileza, BCBSF 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 se deben tomar junto con el médico, ya que ni BCBSF ni sus proveedores 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 (Cobertura sólo para Servicios Quirúrgicos) 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 Los Servicios Quirúrgicos del Médico Asociados con una Cirugía están Cubiertos cuando se prestan en un Centro de Cuidados Ambulatorios, el Consultorio del Médico, un Centro de Hospitalización, un Establecimiento de Cuidados Ambulatorios o una Sala de Emergencias. Se cubren Exámenes de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiografías estrechamente ligados a una Cirugía.	CYD ⁵ + 20% Coaseguro ⁶ CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro \$10 Copago CYD + 40% Coaseguro
Inyecciones Antialérgicas	No Cubierto
Cuidados Preventivos	
Máximo de Beneficios de Bienestar para Adultos	No Cubierto
Exámenes Físicos de Rutina para Adultos y Vacunas	No Cubierto
Exámenes de Salud de la Mujer (por ej. Exámenes Ginecológicos Anuales)	No Cubierto
Mamografías (Cubiertas al 100% del Monto Permitido, Dentro y Fuera de la Red)	\$0
Cuidados para el Desarrollo Normal Infantil (sin máx. PCY ⁷) Médico Familiar Dentro de la Red Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	20% Coaseguro 20% Coaseguro 40% Coaseguro
Programa de Medicinas Recetadas (Descuentos BlueRx [®])	
Deducible de Farmacia	\$0
Medicinas Recetadas No Preferidas, de Marca Preferidas y Genéricas	Acceso a descuentos
Este plan de salud BlueOptions se ofrece con el Programa de Descuentos para Medicinas Recetadas (BlueRx), que ha sido diseñado para brindarle precios con descuentos especiales en sus compras de Medicinas Recetadas Genéricas, Medicinas Recetadas De Marca y Medicinas Recetadas No Preferidas, cuando exhiba su Tarjeta de Identificación en las farmacias participantes. También podrá disfrutar de descuentos sobre las Medicinas Recetadas ordenadas por correo, comprándolas a través del servicio de envío a domicilio PrimeMail [®] . El programa de Descuentos BlueRx está administrado por Prime Therapeutics LLC [®] y no es un producto de seguros ni forma parte de la póliza del seguro de BlueOptions. Las Farmacias participantes se contratan de manera independiente y son las únicas que ofrecen estos descuentos relacionados con el programa.	

5. CYD = Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es el monto que debe asumir el asegurado antes de que pague BCBSF.
6. Coaseguro es el porcentaje que paga el asegurado por los servicios.
7. PCY = Por Año Calendario (PCY, por sus siglas en inglés)

Cuidados Médicos de Emergencia	
Centros de Cuidados de Urgencia (Sólo Servicios Quirúrgicos) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos con Sala de Emergencias⁹ (por visita) Se aplica si es admitido en el hospital o si se le realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos Deducible Por Visita (PVD, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro \$2,500 PVD + 20% Coaseguro PVD + 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) (Servicios estrechamente ligados a los Servicios Quirúrgicos) (por ej. radiografías) (Incluye Servicios del Proveedor) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Laboratorio Clínico Independiente⁹ (Servicios estrechamente ligados a los Servicios Quirúrgicos) (por ej. análisis de sangre) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios⁸ (por visita) (Sólo Servicios Quirúrgicos) (por ej. Cirugías, radiografías y análisis de sangre estrechamente ligados a éstas) Dentro de la Red Opción 1 Opción 2 Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Salud Mental/Dependencia de Sustancias	
Salud Mental	No Cubierto
Dependencia de Sustancias	No Cubierto
Servicios de Otros Proveedores	
Servicios de Proveedores en Hospital y Sala de Emergencias⁸ Se aplica si es admitido en el hospital o si se le realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos Deducible Por Visita (PVD, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro \$2,500 PVD + 20% Coaseguro PVD + 40% Coaseguro
Servicios de Proveedores en otros Establecimientos que no sean el Consultorio del Médico, un Hospital y una Sala de Emergencias⁹ (Servicios Quirúrgicos solamente) 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	No Cubierto
Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Ortótica⁸ (Si se los suministra durante la Cirugía o en el momento del alta médica) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Cuidados de la Salud en el Hogar	No Cubierto
Centro de Cuidados Médicos Especializados	No Cubierto
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 (Sólo Servicios Quirúrgicos) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios del Proveedor Prestados en un ASC⁹ (Sólo Servicios Quirúrgicos) 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 Rehabilitación⁸ (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 Rehabilitación – 21 días PCY CYD + 20% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro \$500 PAD + CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios⁸ (por visita) (Sólo Servicios Quirúrgicos) Dentro de la Red Opción 1 Opción 2 Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro
Servicios en Establecimientos con Sala de Emergencias⁸ (por visita) Se aplica si es admitido en el hospital o si se le realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos Deducible Por Visita (PVD, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red	CYD + 20% Coaseguro CYD + 40% Coaseguro \$2,500 PVD + 20% Coaseguro PVD + 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)	\$5,000 / \$5,000 \$10,000 / \$10,000
Deducible Por Admisión (PAD) por Servicios en Centros de Hospitalización Fuera de la Red	\$500
Deducible Por Visita (PVD) No Quirúrgica a Sala de Emergencias (Servicios Médicos y del Establecimiento)	\$2,500
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 (El Desembolso Máximo incluye el CYD, el Coaseguro y el PAD; no incluye Medicinas Recetadas ni el PVD por uso de Sala de Emergencias. 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.)	\$10,000 / \$10,000 \$25,000 / \$25,000
Máximo Total de Beneficios de Por Vida	\$5,000,000

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 licenciario 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.