

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre este Plan y los Costos | **Cobertura para:** Individuo y/o Familia | **Tipo de Plan:** HI PPO



Esto es sólo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura y costos, obtenga todos los términos de la póliza o los documentos de su plan en www.floridablue.com o llamando al 1-800-825-2583. En caso de discrepancias entre este resumen y los documentos de cobertura de Florida Blue, prevalecerán los términos y condiciones de los documentos de cobertura.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué es Importante: |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la Red: \$1,300 Por Persona/ \$2,600 Familia. Fuera de la Red: \$2,500 Por Persona/ \$5,000 Familia. No aplica a cuidados preventivos Dentro de la Red. | Usted debe pagar los costos completos hasta alcanzar la cantidad correspondiente al deducible antes de que este plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Consulte su póliza o los documentos de su plan para verificar cuándo empieza el deducible de nuevo (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que empieza en la página 2 para verificar cuánto debe pagar por servicios cubiertos una vez que alcanza el deducible . |
| ¿Existen otros deducibles por servicios específicos? | Sí. El Deducible Por Admisión: \$1,000 Fuera de la Red; No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar los costos completos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad específica correspondiente al deducible antes de que este plan comience a pagarlos. |
| ¿Se incluye un límite de gastos de desembolso ? | Sí. Dentro de la Red: \$6,550 Por Persona/ \$8,600 Familia. | El límite de gastos de desembolso es lo máximo que usted puede pagar durante el período de cobertura (normalmente de un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica. |
| ¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos de desembolso ? | Primas, cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan cuando se calcula el límite de desembolso . |
| ¿Existe algún límite anual general de lo que paga el plan? | No. | La tabla que empieza en la página 2 describe los límites de lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio del médico. |
| ¿Este plan utiliza una red de proveedores ? | Sí. Para ver una lista de los proveedores participantes , visite www.floridablue.com o llame al 1-800-825-2583. | Si visita a un médico dentro de la red o a otro proveedor de cuidados de salud, este plan pagará una parte o la totalidad de los costos por servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor que no esté en la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferentes o participantes para referirse a los proveedores de su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores . |
| ¿Necesito un referido para ver a un especialista ? | No.- | Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan. |
| ¿Hay servicios que no están cubiertos por este plan? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 5. Consulte su póliza o los documentos de su plan para obtener información adicional sobre servicios excluidos . |

Preguntas: Llámenos al 1-800-825-2583 o visite www.floridablue.com. Si tiene dudas acerca de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.myBenefits.myFlorida.com o puede solicitar una copia llamando a People First al 1-866-663-4735.



- **Los copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo \$15) que usted paga por atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- **El Coseguro** es la parte de los costos que *usted* paga por un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** por el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan de salud para una noche de hospitalización es de \$1,000, el pago por un **Coseguro** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si usted no ha alcanzado su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos está basada en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra una cantidad superior a la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de hospitalización y la **cantidad permitida** es de \$1,000, es posible que usted deba pagar los \$500 restantes. (Esto se denomina **facturación de saldo**.)
- Es posible que este plan lo aliente a utilizar **proveedores** participantes al cobrarle cantidades menores de **deducibles**, **copagos** y **Coseguro**.

| Episodios Médicos Habituales | Servicios que Usted Puede Necesitar | Su costo si utiliza un | | Limitaciones y Excepciones |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| | | Proveedor Dentro de la Red | Proveedor Fuera de la Red | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar lesiones o enfermedades | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Visita a un especialista | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Visita al consultorio de otro profesional | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Cuidados preventivos/exámenes/vacunas | Sin Cargo | Solamente la cantidad por encima de lo que es la tarifa negociada. | Está basado en la edad y el género sexual. |
| Si se hace una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Diagnóstico por imágenes (Tomografías Computarizadas [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET] e Imágenes de Resonancia Magnética [MRI]) | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |

| Episodios Médicos Habituales | Servicios que Usted Puede Necesitar | Su costo si utiliza un | | Limitaciones y Excepciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor Dentro de la Red | Proveedor Fuera de la Red | |
| Si necesita medicinas para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados visite www.caremark/sofrxplan | Medicinas genéricas | Deducible + 30% del Coseguro por medicina recetada de venta al por menor y por correo. | Usted paga por el cargo total de las medicinas recetadas y envía el reclamo, no se le reembolsará el costo total. | Usted está requerido a utilizar pedidos por correo o a utilizar una farmacia que participe con medicinas recetadas al por menor de 90 días para medicamentos de mantenimiento, después que usted reciba tres rellenos en la farmacia, es que puede empezar a recibir un pedido de 30 días. |
| | Medicinas de marca preferidas | Deducible + 30% del Coseguro por medicina recetada de venta al por menor y por correo | | |
| | Medicinas de marca no preferidas | Deducible + 50% del Coseguro por medicina recetada de venta al por menor y por correo | | |
| | Medicinas especializadas | Deducible + 30% preferidas Deducible + 50% no preferidas | | Deben obtenerse a través de farmacias especializadas solamente. |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (p. ej., un centro quirúrgico ambulatorio) | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | No cubre cirugía plástica o que no sea médicamente necesaria o las complicaciones de este tipo cirugía. |
| | Honorarios de médicos y cirujanos | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| Si necesita atención médica de inmediato | Servicios en sala de emergencia | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 20% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Transporte médico de emergencia | Deducible | Deducible | Tiene que ser médicamente necesario. |
| | Cuidados de urgencia | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 20% del Coseguro | ————ninguna———— |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del establecimiento (p. ej., una habitación de hospital) | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + \$1,000 de el Deducible Por Admisión + 40% del Coseguro | Certificación de admisión y certificación de Hospitalización son necesarios. |
| | Honorarios de médicos y cirujanos | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |

| Episodios Médicos Habituales | Servicios que Usted Puede Necesitar | Su costo si utiliza un | | Limitaciones y Excepciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor Dentro de la Red | Proveedor Fuera de la Red | |
| Si necesita atención para su salud mental, conductual o por abuso de sustancias | Servicios ambulatorios para la salud mental y conductual | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Servicios de hospitalización para la salud mental y conductual | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + \$1,000 de el Deducible Por Admisión + 40% del Coseguro | Certificación de admisión y certificación de Hospitalización son necesarios. |
| | Servicios ambulatorios para trastornos por el uso de sustancias | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Servicios de hospitalización para trastornos por el uso de sustancias | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + \$1,000 de el Deducible Por Admisión + 40% del Coseguro | Certificación de admisión y certificación de Hospitalización son necesarios. |
| Si queda embarazada | Cuidados prenatales y posnatales | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ————ninguna———— |
| | Parto y todos los servicios de hospitalización | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + \$1,000 de el Deducible Por Admisión + 40% del Coseguro | Certificación de admisión y certificación de Hospitalización son necesarios. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidados de la salud en el hogar | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | Debe cumplir con los requerimientos necesarios. No incluye la terapia del habla o el cuidado de custodia. |
| | Servicios de rehabilitación | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | La fisioterapia y la terapia de masaje están limitadas a 4 tratamientos por día, y a 21 días de tratamientos en un periodo de seis meses. |
| | Servicios de habilitación | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura |
| | Cuidados de enfermería especializados | Deducible + 30% del Coseguro | Deducible + 30% del Coseguro | Cuidados de enfermería especializados están limitados a 60 días. No cubre cuidados de custodia. |
| | Equipo médico duradero | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | Limitado al modelo estándar de la mayoría disponibles para satisfacer la necesidad médica. |

| Episodios Médicos Habituales | Servicios que Usted Puede Necesitar | Su costo si utiliza un | | Limitaciones y Excepciones |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor Dentro de la Red | Proveedor Fuera de la Red | |
| | Servicios de hospicio para enfermos terminales | Deducible + 30% del Coseguro (hospitalización) Deducible + 20% del Coseguro (fuera del hospital/en la casa) | Deducible + 30% del Coseguro (hospitalización) Deducible + 20% del Coseguro (fuera del hospital/en la casa) | La cobertura está limitada a 210 días por persona, de por vida. |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista | Deducible + 20% del Coseguro | Deducible + 40% del Coseguro | ninguna |
| | Anteojos | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura |
| | Chequeos dentales | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios Que NO Cubre Su Plan (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o los documentos de su plan para ver otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía plástica
- Complicaciones de cirugía plástica.
- Cuidados de custodia.
- Cuidados dentales (para adultos)
- Aparatos auditivos
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Cirugía que no sea médicamente necesaria
- Programas para la pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o los documentos de su plan para ver otros servicios cubiertos y sus costos por dichos servicios).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE.UU.
- Enfermera privada
- Cuidado de la vista de rutina (para adultos)
- Cuidados de rutina para los pies

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.

Sus Derechos para Continuar con la Cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales podrían proporcionarle protecciones que le permitan conservar la cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos pueden estar limitados en su duración y requerirán que usted pague una **prima**, la cual puede ser significativamente más alta que la **prima** que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Pueden también aplicar otras limitaciones en sus derechos para continuar la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-866-663-4735. También puede comunicarse con el departamento de seguro del estado llamando al 1-877-693-5236, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.cciio.cms.gov.

Sus Derechos a Queja y Apelación:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para las reclamaciones bajo su plan, usted puede apelar o presentar una queja formal. Para preguntas acerca de sus derechos, este anuncio, o ayuda, puede ponerse en contacto con: La División de Seguros del Estado de grupo en 1-850-921-4600; Florida Blue al 1-800-825-2583; o El Departamento de Equipo de Asistencia de Seguros de Salud de Salud y Servicios Humanos (HIAT) al 1-888-393-2789.

¿Esta cobertura proporciona cobertura mínima esencial?

La Ley de cuidados de salud a bajo precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de salud que califique como "cobertura mínima esencial." **Este plan o póliza proporciona cobertura mínima esencial.**

¿Esta cobertura alcanza el valor mínimo estándar?

La Ley de cuidados de salud a bajo precio establece un valor mínimo estándar de los beneficios de un plan de salud. El valor mínimo estándar es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que proporciona.**

Servicios de Acceso en otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-352-2583.

Para ver una muestra de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, lea la siguiente página.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera puede obtener un "paciente tipo" al estar cubierto por diferentes planes.



Esta no es una herramienta para cálculo de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención real que reciba será diferente de estos ejemplos, como así también lo será su costo.

Lea la siguiente página para encontrar más información sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (por parto natural)

- Cantidad adeudada a los proveedores: \$7,540
- El plan paga \$5,040
- El paciente paga \$2,500

Ejemplos de costos de atención:

| | |
|------------------------------------------|----------------|
| Cargos por hospitalización (de la madre) | \$2,700 |
| Cuidados de obstetricia de rutina | \$2,100 |
| Cargos por hospitalización (del bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Pruebas de laboratorio | \$500 |
| Medicinas recetadas | \$200 |
| Radiología | \$200 |
| Vacunas y otros cuidados preventivos | \$40 |
| Total | \$7,540 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,300 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,000 |
| Límites o exclusiones | \$200 |
| Total | \$2,500 |

Controlar la diabetes de tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad adeudada a los proveedores: \$5,400
- El plan paga \$2,920
- El paciente paga \$2,480

Ejemplos de costos de atención:

| | |
|----------------------------------------------------|----------------|
| Medicinas recetadas | \$2,900 |
| Equipos y suministros médicos | \$1,300 |
| Procedimientos y visitas al consultorio del médico | \$700 |
| Educación | \$300 |
| Pruebas de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros cuidados preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,300 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,100 |
| Límites o exclusiones | \$80 |
| Total | \$2,480 |

Preguntas y Respuestas sobre los Ejemplos de Cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones relacionadas con los Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen primas.
- Los ejemplos de costos de atención están basados en promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos para ninguna área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo período de la póliza.
- No existen otros gastos médicos para ninguno de los asegurados cubiertos por este plan.
- Los gastos de desembolso están basados únicamente en el tratamiento de la condición dada en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención médica de proveedores dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido mayores.
- Si el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) incluye los dos niveles de cobertura individual y de familia, los ejemplos de cobertura fueron calculados usando el deducible por persona y el

límite de gastos de desembolso en la página 1.

¿Qué muestran los Ejemplos de Cobertura?

Para cada situación de tratamiento, los Ejemplos de Cobertura ayudan a analizar lo que representan los deducibles, los copagos y el Coseguro. También ayudan a analizar los gastos que usted tendría que pagar si el servicio o el tratamiento no están cubiertos o si el pago es limitado.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No.** Los tratamientos presentados son solo ejemplos. La atención que usted recibiría por esta condición podría ser diferente, según el consejo del médico, su edad, la gravedad de su enfermedad y muchos otros factores.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los Ejemplos de Cobertura no son herramientas para cálculo de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Son sólo para fines comparativos. Sus costos serán diferentes según la atención que reciba, los

precios que cobren sus proveedores y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo utilizar los Ejemplos de Cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Si consulta los Resúmenes de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compare los planes, marque la casilla “Patient Pays” (El paciente paga) en cada ejemplo. Mientras menor sea el número, más cobertura tendrá el plan.

¿Existen otros costos que debería considerar al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la prima que usted debe pagar. Generalmente, mientras menor sea su prima, mayores serán sus costos de desembolso, tales como copagos, deducibles y Coseguro. También debería considerar los aportes a las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), las cuentas flexibles de gastos (FSA, por sus siglas en inglés) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés) que ayudan a pagar los gastos de desembolso.

Preguntas: Llámenos al **1-800-825-2583** o visite **www.floridablue.com**. Si tiene dudas acerca de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **www.myBenefits.myFlorida.com** o puede solicitar una copia llamando a People First al **1-866-663-4735**.