

BlueSelect Platinum Plan 1457

Su plan incluye:

- **Un grupo dedicado de médicos, hospitales, farmacias y otras instalaciones.** Recuerde, pagará menos cuando visite proveedores de salud que son parte de la red. Algunos servicios, incluyendo análisis de laboratorio, medicinas recetadas, cuidado dental y para la vista (si está incluido en su plan), salud en el hogar y equipo médico duradero, requieren que utilice ciertos proveedores para tener cobertura.
- **\$0 por un chequeo anual de bienestar,** incluyendo \$0 por exámenes preventivos y análisis de laboratorio relacionados, para que usted y su médico puedan monitorear mejor su salud.
- **\$0 por visitas virtuales** con médicos de cabecera y especialistas en salud del comportamiento.¹
- **\$0 por vacunas e inmunizaciones preventivas.**
- **\$0 por anticonceptivos genéricos específicos.**
- **La experiencia N.º 1 en servicio al cliente en todo el país.²**

¡Ofrecemos más valor y maneras de ahorrar!

- ✓ **¡Ahora gane hasta \$500 hacia su prima!** Obtenga recompensas al escoger programas y actividades que se ajustan a sus metas de salud con nuestro programa de bienestar Better You Strides.³ ¡También le ayudamos a llegar hasta su médico!
- ✓ **\$0 por un suministro para 90 días** de sus medicinas genéricas para ciertas condiciones crónicas cuando utiliza la entrega a domicilio.

A medida que use su plan durante el año, los costos a su cargo disminuirán.

Al empezar a usar su Plan

Cada año, deberá cumplir con su deducible, Es decir, la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar por los servicios dentro de la red.

\$0 / \$0

Su Deducible (Individual/Familiar)

Comienza el coseguro

Pagará un porcentaje del cargo y nosotros cubriremos el resto.

Cuando alcanza el monto máximo a su cargo

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo a su cargo dentro de la red por servicios de salud cubiertos, tendrá cobertura por el resto del año del plan. No todo lo que paga aplica (como su prima o gastos por servicios no cubiertos).

\$2,000 / \$4,000

El monto máximo a su cargo (Individual/Familiar)

Conozca sus costos cuando necesite atención

La cantidad que generalmente paga al momento de recibir un servicio de salud cubierto, puede ser un copago (una cantidad fija) o el coseguro (un porcentaje de los costos por un servicio cubierto). En algunos planes hay servicios que no están sujetos al deducible.

Visitas médicas	\$10 Copago Visita al médico de cabecera	\$20 Copago Visita al especialista
	\$0 Copago Visita virtual al médico	\$20 Copago Visita virtual al especialista
Atención de inmediato	\$20 Copago Centro de atención de urgencias Estos centros son más económicos que la Sala de Emergencias y en muchas ocasiones tienen tiempos de espera más cortos.	\$75 Copago - primera visita por periodo de beneficios \$225 Copago para las demás visitas por periodo de beneficios Sala de Emergencia En caso de una emergencia, por ejemplo dolor de pecho, llame siempre al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.
Hospital	\$350 por Día / \$1,050 max Atención para pacientes hospitalizados	\$300 Copago Atención para pacientes ambulatorios
Otros servicios	\$0 Copago Servicios de laboratorio que no son parte de su chequeo anual de bienestar, incluyendo análisis de sangre en un Laboratorio Clínico Independiente.	\$150 Copago Las imágenes de resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas (CT) y las tomografías por emisión de positrones (PET) proporcionadas en un Establecimiento de Imágenes Independiente.
		\$300 Copago Las imágenes de resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas (CT) y las tomografías por emisión de positrones (PET) proporcionadas en un Centro Hospitalario para Pacientes Ambulatorios.

Cuando necesite medicinas recetadas

	De venta al por menor	Entrega a domicilio de suministro para 90 días
Nivel 1 Preventivas	\$0	\$0
	Las medicinas e inmunizaciones de prevención que están cubiertas no tienen un costo adicional cuando son obtenidas en una farmacia participante.	
Nivel 2 Genéricas para atención de condiciones	\$4	\$0
	Medicinas genéricas específicas para tratar una condición de salud recurrente, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto o depresión. Están disponibles usualmente a un costo bajo o sin costo.	
Nivel 3 Todas las otras medicinas genéricas	\$10	\$25
	Medicinas genéricas adicionales que no se encuentren en una de las categorías anteriores.	
Nivel 4 De marca para atención de condiciones	\$20	\$50
	Medicinas de marca específicas utilizadas para tratar condiciones de salud recurrentes tales como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto o depresión.	
Nivel 5 Medicinas de marca preferidas	\$40	\$100
	El costo de las medicinas de marca preferidas es más alto que el de las medicinas genéricas, pero menor al de las medicinas no preferidas.	
Nivel 6 De marca no preferidas	30% Coseguro	30% Coseguro
	Las medicinas de marca no preferidas por lo general son las medicinas más caras.	
Nivel 7 Especializadas	50% Coseguro	NC
	Las medicinas especializadas son medicinas de alto costo que requieren atención y manejo especial. Obtendrá estas medicinas a través de una farmacia especializada, a menos que sean proporcionadas por un médico.	

*NC=No Cubierta

Infórmese de antemano antes de surtir su medicina recetada:⁴ Puede encontrar la información de las medicinas y las farmacias, las 24 horas, los 7 días de la semana, en su cuenta de floridablue.com y en la aplicación móvil de Florida Blue.

- Busque su Guía de Medicinas para obtener una lista de las medicinas cubiertas, el nivel de las medicinas, si se requiere una aprobación o si debe probar otra medicina primero
- Revise sus beneficios (como copagos para medicinas recetadas o cantidad de coseguros)
- Encuentre las farmacias dentro de su red
- Encuentre los precios más bajos de sus medicinas recetadas

¹ Consulte su póliza si necesita más información sobre costos compartidos específicos aplicables a este servicio.

² Florida Blue recibió el puntaje CX Index™ más alto entre las compañías de seguro de salud en la encuesta CX Index™ del 2020 de propiedad exclusiva de Forrester. La clasificación se basó en las respuestas de 12,763 individuos de EE. UU. que evaluaron 17 marcas. Los resultados de esta encuesta de propiedad exclusiva se basan en las opiniones de los consumidores sobre las experiencias con las marcas de la encuesta. Forrester Research no avala a ninguna compañía incluida en un informe CX Index™ y no recomienda a las personas que seleccionen los productos o servicios de una compañía en particular en función de las clasificaciones incluidas en estos informes. Forrester Research no avala a ninguna compañía incluida en un informe CX Index™ y no recomienda a las personas que seleccionen los productos o servicios de una compañía en particular en función de las clasificaciones incluidas en estos informes.

³ Recompensas disponibles para miembros individuales de ACA de 18 años de edad o mayores. Los montos de las recompensas se aplicarán a las primas y los montos que sobrepasen se pueden canjear de acuerdo con los términos y condiciones del programa de recompensas.

⁴ Las farmacias pertenecientes a CVS quedan excluidas de la red de farmacias, incluyendo a: Target Pharmacy, Bear Creek Pharmacy, Care Pharmacy, CarePlus CVS/Pharmacy, CarePlus, Longs Drug Store, Longs Pharmacy, Navarro Discount Pharmacy, Navarro Health Services, RxAmerica y Wellness Works Pharmacy.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc, cuyo nombre comercial es Florida Blue, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura de salud. Estas pólizas tienen limitaciones y exclusiones. La cantidad de beneficios que se proporcionan depende del plan que se escoja y las primas variarán de acuerdo con los beneficios seleccionados. Este documento es solo un resumen de los beneficios bajo este plan. Si existe un conflicto entre este resumen y los términos y condiciones del contrato, el contrato prevalecerá. Florida Blue no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, o estado de salud en la administración del plan, que incluye la inscripción y la determinación de sus beneficios.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770).

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.