BlueCare
Para Grupos Grandes
Plan de salud Lower Premium 54

Florida Blue HMO
Your local Blue Cross Blue Shield

Resumen de Beneficios para servicios cubiertos	Cantidad que paga el miembro Dentro de la red	 Fuera de la red
Características financieras		
Deducible (DED)[1] (PBP)[2] (El deducible o DED es el monto que el miembro debe pagar antes de que Florida Blue HMO comience a pagar)	$5,000 Por Persona $10,000 Por Familia	NA Por Persona NA Por Familia
Deducible por servicios en hospital como paciente hospitalizado por admisión (PAD) dentro de la red	$0	NA
Coseguro (El coseguro es el porcentaje que el miembro paga por los servicios)	30% de la cantidad permitida	NA
Gastos máximos a su cargo (PBP) (Los gastos máximos a su cargo incluyen el deducible, coseguro, copagos y medicinas recetadas)	$6,350 Por Persona $12,700 Por Familia	NA Por Persona NA Por Familia
Servicios en el consultorio		
Visitas virtuales[3]		
Médico de cabecera	$0 de copago	No esta cubierto
Especialista	$65 de copago	No esta cubierto
Servicios en el consultorio del médico		
Médico de cabecera Value Choice[4]	$0 de copago	No esta cubierto
Especialista de Value Choice[4]	$20 de copago	No esta cubierto
Médico de cabecera	$40 de copago	No esta cubierto
Especialista	$65 de copago	No esta cubierto
Maternidad (costo compartido solo para la visita inicial)		
Médico de cabecera	$40 de copago	No esta cubierto
Especialista	$65 de copago	No esta cubierto
Inyecciones para alergias (por visita)		
Médico de cabecera	$10 de copago	No esta cubierto
Especialista	$10 de copago	No esta cubierto
Servicios avanzados de imágenes (AIS) (MRI, MRA, PET, CT, medicina nuclear)	$300 de copago	No esta cubierto
Farmacia médica - Medicinas administradas por un médico (aplica a proveedores de farmacias especializadas y consultorios)		
Gasto máximo mensual a su cargo[5]		
Preferidas	$200	NA
No preferidas	Combinados con la cantidad preferida de gastos a su cargo	NA
Proveedor		
Preferidos	20%	No esta cubierto
No preferidos	20%	No esta cubierto
Nota importante: Las medicinas administradas por un médico deben ser administradas por un proveedor de atención médica. Las medicinas son recetadas por un proveedor y son administradas en un consultorio o establecimiento ambulatorio. Las medicinas administradas por un médico están cubiertas conforme al *beneficio médico*. Consulte la lista de medicinas administradas por un médico en la Guía de medicinas para ver una lista de las medicinas cubiertas por este beneficio.		

[1]DED = Deducible / [2]PBP = Por período de beneficios / [3]Los servicios de visitas virtuales están cubiertos solo para proveedores dentro de la red. / [4]Los proveedores Value Choice solo están disponibles en algunos condados. Consulte las Herramientas para agentes y vea una lista completa de los condados donde están disponibles. / [5]La farmacia médica dentro de la red estará cubierta al 100 % por el resto del mes calendario una vez que el miembro alcance el gasto máximo a su cargo.

BlueCare
Para Grupos Grandes
Plan de salud Lower Premium 54

Florida Blue HMO
Your local Blue Cross Blue Shield

Resumen de Beneficios para servicios cubiertos	Cantidad que paga el miembro Dentro de la red	 Fuera de la red
Atención médica preventiva		
Servicios de atención médica preventiva, de bienestar y vacunas de rutina para niños y adultos	$0 de copago	No esta cubierto
Mamografías	$0 de copago	No esta cubierto
Colonoscopía (De rutina para mayores de 45 años)	$0 de copago	No esta cubierto
Atención médica de emergencia		
Centros de atención de urgencias		
Proveedor Value Choice[4]	$0 de Copago por Visitas 1-2 PBP, Copago de $85 para las visitas restantes PBP	No esta cubierto
Todos los demás proveedores	$85 de copago	No esta cubierto
Servicios en sala de emergencia (por visita) (el costo compartido no se aplica si es admitido en la sala de emergencia)	$300 de copago	$300 de copago
Servicios de ambulancia	30% despues del deducible	30% despues del deducible dentro de la red
Servicios ambulatorios de diagnóstico		
Servicios en centros independientes de pruebas de diagnóstico (por visita) (por ej., radiografías) (Incluye los servicios del proveedor)		
Servicios de diagnóstico (excepto AIS)	$65 de copago	No esta cubierto
Servicios avanzados de imágenes (AIS) (MRI, MRA, PET, CT, medicina nuclear)	$200 de copago	No esta cubierto
Laboratorio clínico independiente (por ej., análisis de sangre)	$0 de copago	No esta cubierto
Servicios en establecimientos de cuidados ambulatorios (por visita) (por ej., análisis de sangre y radiografías)	30% despues del deducible	No esta cubierto
Hospital / Cirugías		
Centro de cirugías ambulatorias (ASC)	30% despues del deducible	No esta cubierto
Servicios en centros de atención ambulatoria (por visita)		
Servicios terapéuticos	$85 de copago	No esta cubierto
Todos los demás servicios	30% despues del deducible	No esta cubierto
Servicios de hospital y de rehabilitación como paciente hospitalizado (por admisión)	30% despues del deducible	No esta cubierto

[4]Los proveedores Value Choice solo están disponibles en algunos condados. Consulte las Herramientas para agentes y vea una lista completa de los condados donde están disponibles.

Resumen de Beneficios para servicios cubiertos	Cantidad que paga el miembro Dentro de la red	 Fuera de la red
Salud mental / Dependencia de sustancias		
Visitas virtuales[3]		
Médico de cabecera	$0 de copago	No esta cubierto
Especialista	$0 de copago	No esta cubierto
Servicios en el consultorio del médico		
Médico de cabecera	$0 de copago	No esta cubierto
Especialista	$0 de copago	No esta cubierto
Servicios en sala de emergencia (por visita) (el costo compartido no se aplica si es admitido en la sala de emergencia)	$0 de copago	$0 de copago
Servicios en centros de atención ambulatoria (por visita)	$0 de copago	No esta cubierto
Servicios de hospital como paciente hospitalizado (por admisión)	$0 de copago	No esta cubierto
Otros servicios especiales		
Servicios combinados ambulatorios de rehabilitación cardíaca y terapias ocupacional, física, del habla y de masajes, y manipulaciones de la columna		
Centros ambulatorios de terapia de rehabilitación	$65 de copago	No esta cubierto
Servicios en centros de atención ambulatoria (por visita)	$85 de copago	No esta cubierto
Equipo médico duradero, prótesis y ortopedia		
Silla de ruedas motorizada	$500 de copago	No esta cubierto
Todos los demás	$0 de copago	No esta cubierto
Atención médica domiciliaria	$0 de copago	No esta cubierto
Centro de enfermería especializada	30% despues del deducible	No esta cubierto
Hospicio para enfermos terminales	30% despues del deducible	No esta cubierto

[3]Los servicios de visitas virtuales están cubiertos solo para proveedores dentro de la red.

Autorización previa para ciertos servicios: Los miembros no necesitan un referido para ver a un especialista participante. Sin embargo, necesitan autorizaciones para acceder a determinados servicios, como Tomografías computarizadas (CT), Imágenes de resonancia magnética (MRI) y ciertos inyectables, así como para otros servicios médicos, como hospitalización, servicios de rehabilitación, atención médica domiciliaria y cierto equipo médico duradero. Asegúrese de que los miembros sepan que, **antes de una cita**, deben visitar floridablue.com/Authorization o llamar al número gratuito que aparece en su tarjeta de miembro para ver si necesitan una autorización previa.

Máximos de beneficios	
Atención médica domiciliaria	60 Visitas PBP
Terapia de rehabilitación para pacientes hospitalizados	30 Dias PBP
Terapia ambulatoria	30 Visitas PBP
Manipulación de la columna	30 PBP (se acumula para el máximo de terapia ambulatoria)
Centro de enfermería especializada	45 Dias PBP

Ventajas y características adicionales

- Lo invitamos a llamar al equipo de consejeros de atención médica al 1-888-476-2227 para saber más acerca de sus beneficios y/o sus opciones de tratamiento. Esto puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero.
- Tendrá acceso por Internet a todo acerca de los beneficios de su plan de salud, así como a todas nuestras herramientas de autoservicio en floridablue.com.
- Visite floridablue.com, haga clic en **Buscar un médico** (Find a Doctor) y siga las instrucciones en pantalla para encontrar fácilmente un médico dentro de la red de su plan. No necesita un referido para consultar a un proveedor participante.

Programa de medicinas recetadas

En caso de que su grupo haya adquirido cobertura de farmacia de Florida Blue HMO, encontrará una hoja de información sobre un Programa de farmacia. Léala atentamente. Verá que incluye una descripción general de sus beneficios y de cómo utilizarlos.

Si es necesario, hay disponible un procedimiento de presentación de quejas para todos los miembros, que se describe en la Póliza Maestra.

Este resumen es solo una descripción parcial de los muchos beneficios y servicios que tienen cobertura de Florida Blue HMO, una subsidiaria HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. No constituye un contrato. Para ver una descripción completa de los beneficios y exclusiones, consulte el folleto o el plan de beneficios de Florida Blue HMO BlueCare; sus términos prevalecen.

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.