



SEARCH



[Home](#) > [Sales Partners](#) > [Products, Plans & Services](#) > [Group Health](#)

Miami-Dade Blue for Small Groups

How can Blue help your clients? By offering health benefit plans that they can really use. If they think health care coverage is out of reach, let BCBSF show them how Miami-Dade Blue can make it work within budget for small groups in Miami-Dade County.

Miami-Dade Blue offers low-cost coverage for a broad spectrum of useful benefits like routine and preventive care, hospital visits, and dental benefits all rolled into one, easy-to-use plan. Low premiums are made possible by our locally-focused provider network¹ of family physicians, specialists, hospitals, urgent and convenient care centers – available to them without referral. As with most BCBSF plans, your clients can go out of the network for care, but will save more staying within the network. It's up to them.

With Miami-Dade Blue, members have access to valuable extras² like personalized support programs, online health tools and other resources that help them save money and take control of their health, at no added cost. Members also receive big discounts³ on health-related services like hearing and vision exams and products, chiropractic care, and much more.

Plan at a Glance

Miami-Dade Blue helps your clients keep more money in their pockets with affordable health benefit plans that work for them. With no referrals necessary, your clients can see any provider they want, but they'll save by using the local Miami-Dade Blue network. Enrollment is fast and easy, and they're covered for:

- Routine and preventive doctor office visits. We pay up to \$50 per provider, per date of service, and they pay the balance, which is the amount they are billed by the provider after subtracting the \$50 payment made by us.
- Generic prescription drugs
- Urgent care center visits
- Dental services. We pay \$50 per provider, per date of service, and they pay the balance, which is the amount you will be billed by the provider after subtracting the \$50 payment made by us.
- Lab tests
- Inpatient hospital care
- Outpatient hospital care related to surgery
- Emergency room services
- Mammograms

For more information

- Download the [Miami-Dade Blue Brochure](#) (PDF)
- Download [Blueprint for Health Brochure](#) (PDF)
- Contact your Blue Cross and Blue Shield of Florida sales representative or your local [Sales Office](#)
- View our [Find a Doctor](#) that lists participating pharmacies (local and national chains), physicians and medical facilities

¹Miami-Dade Blue network is one of our preferred provider networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers in Miami-Dade County, and is the PPO provider network designated as "in-network" for the Miami-Dade Blue plan.

²As 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 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.

³Discounts available as a courtesy to all BCBSF members through separate business partners. Discounts may be used once covered benefits, if any, are exhausted.

Miami-Dade Blue is insured by Blue Cross and Blue Shield of Florida. Miami-Dade County is not responsible for the operations or liabilities of this product.

Exclusions and limitations apply.

The amount of benefits provided depends upon the plan selected and the premium will vary with the amount of benefits selected.



• [Find a Doctor](#)

[accessBlue](#)

[Sales Offices](#)

[NewsfromBlue](#)

Acrobat Reader 6.0 or higher is required to view documents in PDF format.



BlueCross BlueShield of Florida

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

In collaboration with



English >

< Español



Affordable health coverage—designed just for you.

Miami-Dade **Blue**

In this booklet, you'll find a health benefit summary that highlights services covered by Miami-Dade Blue and details your out-of-pocket costs. We encourage you to read the summary; you'll see how much you can save by using in-network providers for the care you need.

Your benefits: giving you what you need, where you need it.

Count on Blue Cross and Blue Shield of Florida to help you save money and stay healthy.

These days, taking care of your family's health can be costly for many people—especially if you're without health insurance. Even everyday health care costs can take a large portion of the family budget. Now, with our Miami-Dade Blue health benefit plan, designed in collaboration with Miami-Dade County, there's a way to protect both your health and your wallet.

With this new plan, designed just for people who live or work in Miami-Dade County, you can get quality coverage at affordable rates, and help your family stay healthy for less.

Keep more money in your wallet with Miami-Dade Blue coverage for services such as:

- Doctor visits
- Routine check-ups for children and adults
- Generic prescription drugs
- Dental care
- Lab tests
- Inpatient hospital care
- Outpatient hospital care related to surgery
- Visits to urgent centers or clinics
- Emergency room services
- Mammograms

Best of all, the Miami-Dade Blue network offers you the freedom to visit doctors and specialists for medical treatment near your home and work—without referrals!

Miami-Dade Blue is insured by Blue Cross and Blue Shield of Florida. Miami-Dade County is not responsible for the operations or liabilities of this product.

In addition to our negotiated lower rates with network providers, here's what you can expect from Miami-Dade Blue:

- We pay up to \$50 per provider, per date of service, for your routine health care services in the doctor's office, urgent care center or clinic
- You have coverage for hospitalization, as well as surgical care in a hospital, outpatient setting or doctor's office
- Inpatient and outpatient mental health care
- The plan covers generic prescription drugs, including generic contraceptives; for these, you have a copayment of just \$10. You'll also receive a discount on brand name drugs.
- Covered lab tests are free if you use Quest Diagnostics.
- Mammograms are 100% covered when you see an in-network provider.

Dental benefits, too.

More good news: Miami-Dade Blue includes coverage for routine dental services, like:

- Exams and cleanings
- X-rays
- Routine tooth extractions
- Fluoride applications or sealants for children
- Fillings
- Denture repairs

Just like with routine medical services, we pay up to \$50 per provider, per date of service for the dental services listed above, and you'll pay the balance. There are no referrals or authorizations necessary, and you can see any dentist you want—however, you'll likely pay less by visiting one of the many dentists in the Miami-Dade Blue network.

A healthy dose of valuable extras.

When it comes to saving money and getting the right care, all of us could use a little extra help. That's why we offer you Blueprint for Health¹ resources and personalized online tools—designed to make staying healthy as simple as possible. A few of the advantages allow you to:

- Talk to a nurse or health coach any time of day
- Find out how much treatments and prescription drugs will cost—before you buy them
- Get discounts² on health-related necessities like eyeglasses, contact lenses, hearing aids, vitamins and more

Our personalized solutions can save you time and money—and help you and your family stay healthier.

¹ 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 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.

² Discounts available as a courtesy to all BCBSF members through separate business partners. Discounts may be used once covered benefits, if any, are exhausted.

Terms You Should Know

Below are some basic health insurance terms. If you're ever unsure of what one of these words or phrases means, just refer to this list, or give us a call.

Allowed Amount – The maximum amount upon which we will base payment for covered services.

Balance – The “balance” for in-network providers is the difference between our payment and the amount the provider agrees to accept as payment in full for covered services (the Allowed Amount). For out-of-network providers, “balance” is the difference between our payment and the allowed amount up to the provider's actual charge. You are responsible for paying the doctor or provider this “balance”.

Copayment or copay – The set amount, if any, you pay to the providers for certain services at the time of service.

Coinsurance – The percentage of the allowed amount you pay for certain services, if any, at the time of service.

Covered services – Health care services that are eligible for payment under your health benefit plan.

Deductible – The amount, if any, per benefit period, you owe before we begin to pay for covered services.

Miami-Dade Blue network – The preferred provider network made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers (for example, family physicians, urgent care centers, labs, hospitals, etc.) who are considered participating or “in-network” for the Miami-Dade Blue health benefit plan. When you stay in the network, you'll pay less for health care services.

Out-of-pocket – What you pay for covered services. (Includes copays, coinsurance, deductible, any “balance” you owe, etc.)

Out-of-pocket maximum – With Miami-Dade Blue, your deductible, coinsurance and copays apply to the out-of-pocket maximum. Once you reach the out-of-pocket maximum, you do not have to pay the deductible, coinsurance or copays again during the remainder of the benefit period. However, the deductible for each ER visit, copays for prescription drugs and the “balance” that you pay for your routine care do not apply to the out-of-pocket maximum. You'll continue to pay these amounts, as applicable, even after your out-of-pocket maximum has been met.

Out-of-network – Refers to a provider who does not participate in the Miami-Dade Blue network. If you receive services out-of-network, your out-of-pocket costs will generally be higher.

Finding a provider and saving money—made simple.

The Miami-Dade Blue network³ includes family physicians and specialists convenient to where you live and work. There are no referrals required to see specialists, and you can see any provider you like—but, you'll pay less for services when you go to a provider who is in-network.

³ Miami-Dade Blue network is one of our preferred provider networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers in Miami-Dade County, and is the PPO provider network designated as "in-network" for the Miami-Dade Blue plan.



The value of staying in network.

You'll save money when you choose a Miami-Dade Blue provider, because instead of paying a provider's normal, full charge, you'll pay a lower rate that's been pre-negotiated by us for you. This includes doctors, dentists, specialists, hospitals, urgent care centers, and more. Providers who are out-of-network don't have the same agreements with us, so the rates they charge—and the balance you'll pay—will likely be higher.

Miami-Dade Blue

For Small Groups Health Benefit Summary Plan 1

This Miami-Dade Blue Plan provides you with routine health care services, such as physician office services, as well as basic protection against major illnesses requiring hospitalization or surgery. We encourage you to carefully review what the plan covers and understand what your out-of-pocket costs may be.

Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Office Services

Physician Office Services

(Includes routine check-ups, allergy injections, in-office surgery, e-office visits and maternity visits)

In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount⁴ (whichever is lower) and the member pays the balance⁵ up to Allowed Amount
Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge

Preventive Care

Adult Wellness Benefit Maximum

None

Routine Adult Physical Exam and Immunizations

In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount
Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge

Well Woman Exam (e.g. Annual GYN)

In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount
Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's

Mammograms

In-Network
Out-of-Network

\$0
DED⁶ + 40% of Allowed Amount + the balance of provider's charges

Well Child (No PBP⁷ max)

In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount
Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge

⁴ The Allowed Amount is the amount we have negotiated with providers for payment of covered services, instead of a member paying the full charge for a service.

⁵ "Balance" is the difference between our payment and the amount an In-Network provider agrees to accept as payment in full for covered services (the allowed amount). You are responsible for paying the doctor or provider this "balance".

⁶ DED = Deductible—The amount, if any, per benefit period, you owe before we begin to pay for covered services.

⁷ PBP = Per Benefit Period

Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Prescription Drug Program (BlueScript)	
Pharmacy Deductible	\$0
Generic / Brand / Non-Preferred	\$10 Copayment / Discount Only*
Mail Order (90-day supply) Generic / Brand / Non-preferred	Not Covered
<p>BlueScript Pharmacy benefit also provides coverage for prescription oral contraceptives, prescription diaphragms and diabetic equipment and supplies. *Brand or Non-Preferred drugs are not covered under this plan. However you can take advantage of the negotiated discounts at participating pharmacies for most Brand and Non-Preferred drugs. You will be responsible for the entire cost of these drugs at the discounted price. The BlueSaver savings program can also provide you with special discounted pricing on brand name prescription drug purchases not available under your BlueScript plan (such as smoking cessation drugs) when you show your BlueSaver ID card at participating pharmacies. The BlueSaver savings program is administered by Medical Security Card Company (MCS) of Tucson, Arizona and is not an insurance product.</p>	
Emergency Medical Care	
Urgent Care Centers	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>
<p>Emergency Room Facility Services (ER) (per visit) If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network</p> <p>Non-Surgical Services Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network</p>	<p>DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p> <p>\$500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
<p>Ambulance Services (Ground travel / Air and water travel, per day maximum) In-Network Out-of-Network</p>	<p>\$5,000</p> <p>DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
Outpatient Diagnostic Services	
<p>Independent Diagnostic Testing Facility Services (per visit) (e.g. X-rays) (Includes Provider Services) In-Network Out-of-Network</p>	<p>\$75 Copayment DED + 40% of Allowed Amount + the balance of provider's charges</p>
<p>Independent Clinical Lab (e.g. Blood Work) In-Network Out-of-Network</p>	<p>\$0 DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
<p>Outpatient Hospital Facility Services (per visit) (Surgical Services Only) (e.g. Surgeries, proximately related Blood Work and X-rays) In-Network Out-of-Network</p>	<p>DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
Mental Health/Substance Dependency	
<p>Mental Health (PBP) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit</p>	<p>30 Inpatient days, 20 Outpatient visits</p> <p>DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p> <p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge.</p>
<p>Substance Dependency (Lifetime max) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit</p>	<p>\$2,000</p> <p>DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p> <p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>

Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Other Provider Services	
Provider Services at Hospital and ER If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network Non-Surgical Services at ER Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges \$500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Radiology, Pathology and Anesthesiology Provider Services at an Ambulatory Surgical Center (ASC) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Provider Services at Locations other than Office, Hospital and ER In-Network Family Physician / In-Network Specialist Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Other Special Services	
Combined Outpatient Cardiac Rehabilitation and Occupational, Physical, Speech and Massage Therapies and Spinal Manipulations (PBP max) In-Network locations other than Hospital and Physician Office (e.g., PT Clinic) Out-of-Network locations other than Hospital and Physician Office Outpatient Hospital Facility	\$1,500 DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges Not Covered
Durable Medical Equipment (If proximately related to surgery, Inpatient Admissions or ER services only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Home Health Care (PBP max) In-Network Out-of-Network	45 Visits DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Skilled Nursing Facility (PBP max) In-Network Out-of-Network	45 Days DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Hospice (Lifetime max) In-Network Out-of-Network	\$5,200 DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Hospital/Surgical	
Ambulatory Surgical Center Facility (ASC) (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Inpatient Hospital Facility and Rehabilitation Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network	Rehabilitation Services limit – 21 days PBP DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Outpatient Hospital Facility Services (per visit) (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Emergency Room Facility Services (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	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges 500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges

Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Financial Features	
Deductible (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network Deductible (DED) is the amount the member is responsible for before BCBSF pays	\$250 / N/A \$750 / N/A
Out-of-Network Inpatient Hospital Facility Services Per Admission Deductible (PAD)	\$500
Emergency Room Non-Surgical Per Visit Deductible (PVD) (Facility and Physician Services)	\$500
Coinsurance (Member pays) In-Network Out-of-Network (Coinsurance is the percentage the member pays for services)	You pay 10% of the Allowed Amount You pay 40% of the Allowed Amount + the balance of provider's charge
Out-of-Pocket Maximum (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network (Out-of-Pocket Maximum includes DED, Coinsurance, Copays and PAD; excludes Prescription Drugs, Emergency Room PVD, and the balance after \$50 BCBSF maximum payment)	\$2,500 / N/A \$5,000 / N/A
Total Lifetime Maximum Benefit	\$5,000,000
Important information regarding Miami-Dade Blue Coverage Certain services, such as Advanced Imaging Services, Durable Medical Equipment and Specialty Drugs, require prior authorization before obtaining service. While it is your responsibility to confirm the network participation status of a provider before you receive the service, it is the par provider's responsibility to obtain the prior authorization. If there is no prior authorization on file, it will result in the claim being denied. If you choose to use a non-participating provider for certain services, such as Advanced Imaging Services, you may have an obligation to ensure an authorization is on file to receive coverage for the service. Please see your Miami-Dade Blue Benefit Booklet to understand when you may need to take steps to ensure full benefit access.	
This is not an insurance contract or Benefit Booklet. The above Benefit Summary is only a partial description of the many benefits and services covered by Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. For a complete description of benefits and exclusions, please see Blue Cross and Blue Shield of Florida's Miami-Dade Blue Hospital and Surgical Coverage Benefit Booklet and Schedule of Benefits; its terms prevail.	



It's easy to find a Miami-Dade Blue doctor, hospital or lab or to learn if your provider is part of the Miami-Dade Blue network.

- Go to www.bcbsfl.com and search the online provider directory or
- Call us at 1-800-FLA-BLUE or
- Call the provider's office and ask if he/she participates in the Miami-Dade Blue network.

Ready to enroll?

It's easy to get started. Here's what you'll need to enroll.

- Social Security numbers for you, your spouse and dependents.
- Dates of birth for you, your spouse and dependents

If you, or any other family members, have any additional insurance, you'll need that information for us, too:

- Name of the insurance company
- Address of the insurance company
- Phone number of the insurance company
- Policy number
- Policy effective date and cancellation date

Our goal is to help you get the most value from your Miami-Dade Blue health benefit plan. Once you are a member, you can easily find information about your specific health plan 24/7 by logging on to MyBlueService,SM our self-service website. You'll be able to view your benefits, see how much you've met of your deductible, view your claims, request duplicate ID cards, and much more.



We speak your language.

Miami-Dade Blue customer service representatives are fluent in English and Spanish, so you can always get the service you need in the language you're most comfortable with. Simply call the toll-free number on your member ID card.



**BlueCross BlueShield
of Florida**

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

En colaboración con



Español >
< English

Cobertura de salud
económica, diseñada
con usted en mente.

Miami-Dade **Blue**

En este paquete encontrará un resumen de beneficios de salud que destaca los servicios cubiertos por Miami-Dade Blue y detalla sus gastos de desembolso. Lo alentamos a que lea el resumen; usted verá cuánto puede ahorrar al usar proveedores dentro de la red para la atención médica que necesite.

Sus beneficios: ofreciéndole la atención médica que necesita, en los lugares donde la necesite.

Cuente con Blue Cross and Blue Shield of Florida para ayudarlo a ahorrar dinero y a mantenerse saludable.

Hoy en día, puede ser muy costoso cuidar de la salud de su familia. Esto es aun más difícil si no tiene un seguro de salud. Los costos para el cuidado de salud pueden dominar una gran porción del presupuesto familiar. Ahora, con nuestro plan de beneficios de salud Miami-Dade Blue, diseñado en colaboración con el Condado de Miami-Dade, hay una manera de proteger tanto su salud como su bolsillo.

Con este nuevo plan, diseñado únicamente para las personas que viven o trabajan en el Condado de Miami-Dade, usted puede tener cobertura de calidad a un precio económico, y a la vez ayudar a que su familia se mantenga sana por menos dinero.

Ahorre más dinero con la cobertura Miami-Dade Blue para servicios tales como:

- Visitas médicas
- Chequeos de rutina para adultos y para el desarrollo normal infantil
- Medicinas Recetadas Genéricas
- Cuidado dental
- Pruebas de laboratorio
- Cuidados para pacientes hospitalizados
- Atención médica estrechamente relacionada a una cirugía para pacientes ambulatorios
- Visitas a clínicas para pacientes ambulatorios y centros de cuidados de urgencia
- Servicios en Salas de Emergencias
- Mamografías

¡Y lo mejor de todo, la red de Miami-Dade Blue le ofrece la libertad de recibir tratamiento médico de cualquier doctor o especialista cerca de su hogar o trabajo, sin la necesidad de referidos!

En adición a nuestras bajas tarifas negociadas con los proveedores de la red, esto es lo que usted puede esperar de Miami-Dade Blue:

- Nosotros pagamos hasta \$50 por proveedor, por fecha de servicio, por sus cuidados de salud de rutina en un consultorio médico, clínica de pacientes ambulatorios o centro de cuidados de urgencia
- Usted tiene cobertura para hospitalizaciones, así como para cuidados quirúrgicos en un hospital, centro ambulatorio o consultorio médico
- Cuidados de salud mental para paciente hospitalizado y ambulatorio
- El plan cubre medicinas recetadas genéricas, incluyendo anticonceptivos genéricos; para estos, usted tiene un copago de sólo \$10. Usted también recibirá descuentos en medicinas de marca.
- Pruebas de laboratorio cubiertas realizadas por Quest Diagnostics son gratis.
- Las mamografías son cubiertas al 100% cuando usa un proveedor dentro de la red.

También tiene beneficios dentales.

Y más buenas noticias: Miami-Dade Blue incluye cobertura para servicios dentales de rutina, tales como:

- Exámenes y limpiezas
- Radiografías
- Extracción dental de rutina
- Aplicación de flúor o sellantes orales para niños
- Empastes dentales
- Reparación de dentadura postiza

Así como con los servicios médicos de rutina, nosotros pagamos hasta \$50 por proveedor, por fecha de servicio, por servicios dentales mencionados anteriormente, y usted pagará el saldo. No se necesitan referidos o autorizaciones, y usted puede visitar cualquier dentista que desee; sin embargo, usted pagará menos si visita a uno de los muchos dentistas en la red de Miami-Dade Blue.

¡Y mucho más para ahorrarle dinero!

A todos nos gustaría recibir un poco más de ayuda para economizar dinero y obtener acceso a la mejor atención médica. ¿Verdad? Por eso es que le ofrecemos los recursos y herramientas personalizadas por Internet de Blueprint for Health¹. Estos fueron diseñados para que pueda mantenerse saludable de la manera más fácil posible. Estas son algunas de las muchas ventajas:

- Hable con una enfermera o un consejero de salud en cualquier momento del día
- Sepa cuánto le costarán los tratamientos o las medicinas recetadas, antes de que las compre
- Obtenga descuentos² en necesidades relacionadas a la salud como anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, vitaminas y mucho más

Nuestras soluciones personalizadas le pueden ahorrar tiempo y dinero, y ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse saludable.

¹ Como cortesía, BCBSF ha celebrado acuerdos con varios proveedores para ofrecer a sus asegurados recursos de valor agregado que incluye servicios y herramientas de apoyo para tomar decisiones de salud. Estos programas no forman parte de la cobertura del seguro. Todas las decisiones que tomen los asegurados relacionadas con criterios médicos y clínicos deben tomarlas en conjunto con su médico, dado que ni BCBSF ni los proveedores de estos servicios suministran asesoramiento ni cuidados médicos.

² Descuentos disponibles como cortesía para todos los asegurados de BCBSF mediante socios comerciales independientes. Los descuentos pueden utilizarse una vez que los beneficios cubiertos, si existieran, hayan sido agotados.

Las palabras que usted debe conocer

He aquí algunos términos básicos relacionados con los seguros de salud. Si en algún momento no está seguro acerca de qué significan estas frases o palabras, consulte esta lista, o llámenos.

Cantidad Permitida – La cantidad máxima en la cual se basará el pago por los servicios cubiertos.

Saldo – El “saldo” para proveedores dentro de la red es la diferencia entre nuestro pago y la cantidad que el proveedor acuerda aceptar como pago completo por los servicios cubiertos (la Cantidad Permitida). Para proveedores fuera de la red, el “saldo” es la diferencia entre nuestro pago y la cantidad permitida, hasta el cargo actual del proveedor. Usted es responsable por el pago de este “saldo” al médico o proveedor.

Copago – La cantidad fija, si alguna, que usted debe pagar al proveedor por ciertos servicios al momento en que reciba el servicio.

Coaseguro – El porcentaje de la cantidad permitida que usted paga por ciertos servicios, si algunos, en el momento en que recibe el servicio.

Servicios Cubiertos – Servicios de cuidado de salud que son elegibles para pago bajo su plan de beneficios de salud.

Deducible – La cantidad, si alguna, que usted debe pagar, por período de beneficios, antes de que nosotros empecemos a pagar por los servicios cubiertos.

La Red de Miami-Dade Blue – La red de proveedores preferidos, conformada por hospitales, médicos y proveedores auxiliares independientes (por ejemplo, médicos familiares, centros de cuidados de urgencia, hospitales, etc.) que se consideran participantes o “dentro de la red” para el plan de beneficios de salud Miami-Dade Blue. Cuando se mantiene dentro de la red, usted pagará menos por los servicios de cuidado de salud.

Gastos de Desembolso – Lo que usted paga por los servicios cubiertos. (Incluye copagos, coaseguro, deducible, cualquier “saldo” que usted deba, etc.)

Gastos máximos de desembolso – Con Miami-Dade Blue, su deducible, coaseguro y copagos aplican a los gastos máximos de desembolso. Una vez haya alcanzado los gastos máximos de desembolso, usted no tendrá que pagar nuevamente el deducible, el coaseguro o los copagos por la duración del período de beneficio. Sin embargo, el deducible por las visitas a la sala de emergencia (ER, por sus siglas en inglés), copagos por medicinas recetadas y el “saldo” que usted paga por cuidados de rutina, no aplican a los gastos máximos de desembolso. Usted seguirá pagando estas cantidades, según aplican, aún cuando usted haya alcanzado sus gastos máximos de desembolso.

Fuera de la red – Se refiere a un proveedor que no pertenece a la red de Miami-Dade Blue. Si usted recibe servicios de un proveedor fuera de la red, sus gastos de desembolso generalmente serán mayores.

Encontrar un proveedor y ahorrar dinero nunca ha sido tan fácil.

La red de Miami-Dade Blue³ incluye médicos familiares y especialistas en el área donde usted vive y trabaja. No se necesitan referidos para ver a un especialista, y puede ver a cualquier proveedor que desee, pero, pagará menos por los servicios cuando va a un proveedor que está dentro de la red.

³ Miami-Dade Blue es una de nuestras redes de proveedores preferidos, conformada por médicos y hospitales independientes y proveedores auxiliares en el Condado de Miami-Dade, y es la red de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO, por sus siglas en inglés) designada como dentro de la red para el plan Miami-Dade Blue.



El valor de mantenerse dentro de la red.

Cuando usted elige un proveedor de atención médica que participa en la red de Miami-Dade Blue, usted ahorra dinero porque en vez de pagar el cargo completo del proveedor, usted paga una tarifa más baja que ha sido negociada por nosotros. Esto incluye médicos, dentistas, especialistas, hospitales, centros de cuidados de urgencia y muchos más. Proveedores que están fuera de la red no tienen el mismo acuerdo con nosotros, por lo tanto, las tarifas que cobran y el saldo que usted paga, lo más seguro serán más altos.

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños Resumen de Beneficios de Salud Plan 1

El plan Miami-Dade Blue provee servicios de cuidados de la salud de rutina, tales como servicios en el consultorio médico, así como protección básica contra enfermedades graves que requieren hospitalización o cirugía. Lo alentamos a examinar atentamente lo que cubre el plan y a que comprenda cuales pueden ser sus gastos de desembolso.

Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Atención en el Consultorio

Servicios en el Consultorio Médico

(Incluye chequeos de rutina, inyecciones antialérgicas, cirugía en el consultorio, consultas por Internet y visitas para cuidados de maternidad)

Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida⁴ (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo⁵ hasta alcanzar la Cantidad Permitida
Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.

Cuidados Preventivos

Beneficio Máximo para Servicios de Bienestar para Adultos

Ninguna

Vacunas y Exámenes Físicos de Rutina para Adultos

Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida
Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.

Exámenes de Salud para la Mujer (por ejemplo, Exámenes Ginecológicos Anuales)

Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida
Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.

Mamografías

Dentro de la Red
Fuera de la Red

\$0
Deducible⁶ + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo de los cargos del proveedor

Cuidado para el Desarrollo Normal Infantil (No hay máximo PBP⁷)

Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida
Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.

⁴ La Cantidad Permitida es la cantidad que hemos negociado con los proveedores para el pago de los servicios cubiertos, así el asegurado no tiene que pagar el cargo total del servicio.

⁵ El "Saldo" es la diferencia entre nuestro pago y la cantidad que un proveedor Dentro de la Red acuerda aceptar como pago completo por los servicios cubiertos (la cantidad permitida). Usted es responsable de pagar este "saldo" al médico o al proveedor.

⁶ Deducible – DED, por sus siglas en inglés – La cantidad, si alguna, por período de beneficio, que usted debe pagar antes de que nosotros empecemos a pagar por los servicios cubiertos.

⁷ Por Período de Beneficio – PBP, por sus siglas en inglés

Programa de Medicinas Recetadas BlueScript

Deducible de Farmacia

\$0

Genérica / De Marca / No Preferidas

\$10 de Copago / Descuentos Solamente*

Orden por Correo (suministro para 90 días) Genérica / De Marca / No Preferidas

No Cubiertas

El beneficio de Farmacia BlueScript también brinda cobertura para anticonceptivos orales y diafragmas recetados, así como para equipos y suministros para la diabetes.

* Medicinas de Marca o No Preferidas no están cubiertas bajo este plan. Sin embargo, usted puede aprovechar los descuentos negociados en farmacias participantes para la mayoría de las medicinas de Marca y No Preferidas. Usted será responsable por el costo completo de estas medicinas con precios descontados.

El programa de descuentos BlueSaver también puede proveerle descuentos especiales en medicinas recetadas de marca que no están disponibles bajo su plan BlueScript (tales como medicinas para dejar de fumar) cuando usted muestra su tarjeta de identificación BlueSaver en farmacias participantes. El programa de descuentos BlueSaver es administrado por Medical Security Card Company (MCS) de Tucson, Arizona y no es un producto de seguro.

Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Cuidados Médicos de Emergencia	
Centros de Cuidados de Urgencia	Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida. Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.
Servicios en Salas de Emergencias (ER, por sus siglas en inglés) (por visita) Si se le Admite o 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	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor \$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios de Ambulancia (Viaje Terrestre / Viaje por Aire y agua, máximo por día) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$5,000 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios	
Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (por visita) (por ejemplo, Radiografías) (Incluye Servicios del Proveedor) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$75 Copago DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Laboratorio Clínico Independiente (por ejemplo, Análisis de Sangre) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$0 DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios en Establecimientos Ambulatorios (por visita) (Servicios Quirúrgicos Solamente) (por ejemplo, Cirugías, Análisis de Sangre y Radiografías estrechamente relacionadas) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Salud Mental/Dependencia de Sustancias	
Salud Mental (PBP) Servicios en Hospitales (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Ambulatorio	30 días como Paciente Hospitalizado, 20 visitas como Paciente Ambulatorio DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida. Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.
Dependencia de Sustancias (Máximo de por vida) Servicios en Hospitales (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Ambulatorio	\$2,000 DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida. Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor.
Servicios de Otros Proveedores	
Servicios de Proveedores en el Hospital y la Sala de Emergencia Si es Admitido o si se realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos en la Sala de Emergencia Deducible Por Visita (PVD) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor \$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor

Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Servicios de Otros Proveedores (Continuación)	
Proveedores de Servicios de Radiología, Patología y Anestesiología en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios de Proveedores en Establecimientos que no sean el Consultorio Médico, el Hospital o la Sala de Emergencia Médico Familiar Dentro de la Red / Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Otros Servicios Especiales	
Beneficio Combinado de Terapia Cardíaca, Ocupacional, Física, del Habla, Masajes y Manipulación de la Espina Dorsal para Pacientes Ambulatorios (PBP máximo) Establecimientos Dentro de la Red que no sean el Hospital o el Consultorio Médico (por ejemplo, Clínica de Terapia Física) Establecimientos Fuera de la Red que no sean el Hospital o el Consultorio Médico Establecimiento de Cuidados Ambulatorios	\$1,500 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor No está Cubierto
Equipo Médico Duradero (Si está estrechamente relacionado con cirugía, Admisión para Hospitalización o servicios en la Sala de Emergencia solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Cuidados de la Salud en el Hogar (PBP máximo) Dentro de la Red Fuera de la Red	45 Visitas DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Centros de Cuidados Médicos Especializados (PBP máximo) Dentro de la Red Fuera de la Red	45 Días DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Hospicio para Enfermos Terminales (Máximo de por Vida) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$5,200 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Hospital/Quirúrgico	
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)(Servicios Quirúrgicos Solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Centros de Hospitalización y Servicios de Rehabilitación (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD) Fuera de la Red Fuera de la Red	Límite de Servicios de Rehabilitación - 21 días PBP DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios en Establecimientos Ambulatorios (por visita) (Servicios Quirúrgicos Solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicio en la Sala de Emergencia (por visita) Si es Admitido o si se realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos Deducible Por Visita (PVD) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor \$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor

Características Financieras	
Deducible (por persona / total familiar) Dentro de la Red Fuera de la Red Deducible (DED) es la cantidad que debe asumir el asegurado antes de que BCBSF pague	\$250 / No Aplica \$750 / No Aplica
Servicios en Hospitales Fuera de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD)	\$500
Deducible Por Visita (PVD) No Quirúrgica a la Sala de Emergencia (Servicios Médicos y del Establecimiento)	\$500
Coaseguro (Pagado por el Asegurado) Dentro de la Red Fuera de la Red (El Coaseguro es el porcentaje que paga el asegurado por los servicios)	Usted paga el 10% de la Cantidad Permitida Usted paga el 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Gastos Máximos de Desembolso (por persona / total familiar) Dentro de la Red Fuera de la Red (Los Gastos Máximos de Desembolso incluyen el Deducible, el Coaseguro, el Copago y el Deducible por Admisión y excluyen las Medicinas Recetadas, el Deducible por Visita a la Sala de Emergencia, y el saldo luego del pago máximo de BCBSF de \$50)	\$2,500 / No Aplica \$5,000 / No Aplica
El Máximo Total de Beneficios de por Vida	\$5,000,000
<p>Información Importante acerca de la Cobertura de Miami-Dade Blue. Algunos servicios, como los Servicios Avanzados de Imágenes Médicas, los Equipos Médicos Duraderos y las Medicinas Especializadas, requieren autorización previa antes de obtenerlos. Aunque confirmar el estatus de la participación del proveedor antes de recibir el servicio es su responsabilidad, el proveedor participante es responsable de obtener una autorización previa al servicio. Si no hay una autorización previa en los expedientes, esto resultará en que la reclamación por ese servicio sea negada. Si usted decide utilizar un proveedor no participante para algunos servicios, tales como Servicios Avanzados de Imágenes Médicas, puede que se vea obligado a asegurarse que la autorización se encuentre en el expediente para recibir cobertura por esos servicios. Vea su Folleto de Beneficios de Miami-Dade Blue para comprender cuando puede necesitar tomar las medidas necesarias para asegurarse de que tiene acceso completo a los beneficios del plan.</p> <p>Esto no es un contrato de seguro o un Folleto de Beneficios. El Resumen de Beneficios anterior es sólo una descripción parcial de los muchos beneficios y servicios cubiertos por Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Para obtener una descripción completa de los beneficios y las exclusiones, consulte el Folleto de Beneficios y el Plan de Beneficios para la Cobertura de Hospital y Quirúrgica de Miami-Dade Blue de Blue Cross and Blue Shield of Florida ya que sus términos prevalecen.</p>	



Es fácil encontrar un médico, hospital o laboratorio de

Miami-Dade Blue, o averiguar si su proveedor es parte de la red de Miami-Dade Blue.

- Vaya a www.bcbsfl.com (inglés) o www.floridasaludable.com (español) y busque el directorio de proveedores por Internet o
- Llámenos al 1-800-FLA-BLUE o
- Llame al consultorio médico y pregunte si ellos participan en la red de Miami-Dade Blue.

Nuestro objetivo es ayudarle a sacar el mejor provecho de su plan de beneficios de salud Miami-Dade Blue. Cuando se haya afiliado, podrá encontrar información acerca de su plan de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al iniciar sesión en MyBlueServiceSM, nuestra herramienta de autoservicio para asegurados. Usted podrá ver sus beneficios, ver cuánto ha aportado a su deducible, ver sus reclamaciones, solicitar un duplicado de sus tarjetas y mucho más.

¿Listo para inscribirse?

Es fácil comenzar. Esto es lo que necesitará para inscribirse:

- Números de Seguro Social suyo, de su cónyuge y sus dependientes.
- Fechas de nacimiento suya, de su cónyuge y sus dependientes

Si usted, o algún miembro de su familia, tiene un seguro adicional fuera de esta cobertura, también deberá tener estos datos a su alcance:

- Nombre de la compañía de seguros
- Dirección de la compañía de seguros
- Número de teléfono de la compañía de seguros
- Número de póliza
- Fecha de entrada en vigencia y cancelación de la póliza



Hablamos su idioma.

Los representantes de atención al cliente de Miami-Dade Blue dominan el inglés y el español, así que siempre le podemos atender en el idioma que usted prefiera. Cuando necesite ayuda, llame al teléfono de llamadas gratuitas que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Miami-Dade Blue

For Small Groups

Health Benefit Summary Plan 1



Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

<p>This Miami-Dade Blue Plan provides you with routine health care services, such as physician office services, as well as basic protection against major illnesses requiring hospitalization or surgery. We encourage you to carefully review what the plan covers and understand what your out-of-pocket costs may be.</p>	<h2>Plan 1</h2>
<h3>Office Services</h3>	
<p>Physician Office Services (Includes routine check-ups, allergy injections, in-office surgery, e-office visits and maternity visits)</p>	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount¹ (whichever is lower) and the member pays the balance² up to Allowed Amount</p> <p>Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>
<h3>Preventive Care</h3>	
<p>Adult Wellness Benefit Maximum</p>	<p>None</p>
<p>Routine Adult Physical Exam and Immunizations</p>	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount</p> <p>Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>
<p>Well Woman Exam (e.g. Annual GYN)</p>	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount</p> <p>Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>
<p>Mammograms In-Network Out-of-Network</p>	<p>\$0 DED⁴ + 40% of Allowed Amount + the balance of provider's charges</p>
<p>Well Child (No PBP³ max)</p>	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount</p> <p>Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>

¹ The Allowed Amount is the amount we have negotiated with providers for payment of covered services, instead of a member paying the full charge for a service.

² "Balance" is the difference between our payment and the amount an In-Network provider agrees to accept as payment in full for covered services (the allowed amount). You are responsible for paying the doctor or provider this "balance".

³ PBP = Per Benefit Period

⁴ DED = Deductible — The amount, if any, per benefit period, you owe before we begin to pay for covered services.

Miami-Dade Blue

For Small Groups

Health Benefit Summary Plan 1



Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Plan 1	
Prescription Drug Program (BlueScript)	
Pharmacy Deductible	\$0
Generic / Brand / Non-Preferred	\$10 Copayment / Discount Only*
Mail Order (90-day supply) Generic / Brand / Non-preferred	Not Covered
<p>BlueScript Pharmacy benefit also provides coverage for prescription oral contraceptives, prescription diaphragms and diabetic equipment and supplies. *Brand or Non-Preferred drugs are not covered under this plan. However you can take advantage of the negotiated discounts at participating pharmacies for most Brand and Non-Preferred drugs. You will be responsible for the entire cost of these drugs at the discounted price. The BlueSaver savings program can also provide you with special discounted pricing on brand name prescription drug purchases not available under your BlueScript plan (such as smoking cessation drugs) when you show your BlueSaver ID card at participating pharmacies. The BlueSaver savings program is administered by Medical Security Card Company (MSC) of Tucson, Arizona and is not an insurance product.</p>	
Emergency Medical Care	
Urgent Care Centers	<p>In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount</p> <p>Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge</p>
Emergency Room Facility Services (ER) (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	<p>DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p> <p>\$500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
Ambulance Services (Ground travel / Air and water travel, per day maximum) In-Network Out-of-Network	<p>\$5,000 DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
Outpatient Diagnostic Services	
Independent Diagnostic Testing Facility Services (per visit) (e.g. X-rays) (Includes Provider Services) In-Network Out-of-Network	<p>\$75 Copayment DED + 40% of Allowed Amount + the balance of provider's charges</p>
Independent Clinical Lab (e.g. Blood Work) In-Network Out-of-Network	<p>\$0 DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>
Outpatient Hospital Facility Services (per visit) (Surgical Services Only) (e.g. Surgeries, proximately related Blood Work and X-rays) In-Network Out-of-Network	<p>DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges</p>

Miami-Dade Blue

For Small Groups

Health Benefit Summary Plan 1



Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Plan 1	
Mental Health/Substance Dependency	
Mental Health (PBP) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit	30 Inpatient days, 20 Outpatient visits DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge
Substance Dependency (Lifetime max) Inpatient Hospital Facility Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Outpatient Office Visit	\$2,000 DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges In-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance up to Allowed Amount Out-of-Network: We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays up to the provider's charge
Other Provider Services	
Provider Services at Hospital and ER If Admitted or if a surgical service is performed In-Network Out-of-Network Non-Surgical Services at ER Per Visit Deductible (PVD) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges \$500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Radiology, Pathology and Anesthesiology Provider Services at an Ambulatory Surgical Center (ASC) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 10% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Provider Services at Locations other than Office, Hospital and ER In-Network Family Physician / In-Network Specialist Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges

Miami-Dade Blue

For Small Groups

Health Benefit Summary Plan 1



Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Other Special Services	
Combined Outpatient Cardiac Rehabilitation and Occupational, Physical, Speech and Massage Therapies and Spinal Manipulations (PBP max) In-Network locations other than Hospital and Physician Office (e.g., PT Clinic) Out-of-Network locations other than Hospital and Physician Office Outpatient Hospital Facility	\$1,500 DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges Not Covered
Durable Medical Equipment (If proximately related to surgery, Inpatient Admissions or ER services only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Home Health Care (PBP max) In-Network Out-of-Network	45 Visits DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Skilled Nursing Facility (PBP max) In-Network Out-of-Network	45 Days DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Hospice (Lifetime max) In-Network Out-of-Network	\$5,200 DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Hospital/Surgical	
Ambulatory Surgical Center Facility (ASC) (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Inpatient Hospital Facility and Rehabilitation Services (per admit) In-Network Out-of-Network Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network	Rehabilitation Services limit - 21 days PBP DED + 10% of Allowed Amount \$500 PAD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Outpatient Hospital Facility Services (per visit) (Surgical Services Only) In-Network Out-of-Network	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges
Emergency Room Facility Services (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	DED + 10% of Allowed Amount DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges \$500 PVD + DED + 10% of Allowed Amount PVD + DED + 40% of Allowed Amount + balance of provider's charges

Miami-Dade Blue

For Small Groups

Health Benefit Summary Plan 1



Benefits for Covered Services

Amount Member Pays

Plan 1	
Financial Features	
Deductible (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network Deductible (DED) is the amount the member is responsible for before BCBSF pays	\$250 / N/A \$750 / N/A
Per Admission Deductible (PAD) Out-of-Network Inpatient Hospital Facility Services	\$500
Emergency Room Non-Surgical Per Visit Deductible (PVD) (Facility and Physician Services)	\$500
Coinsurance (Member pays) In-Network Out-of-Network (Coinsurance is the percentage the member pays for services)	You pay 10% of the Allowed Amount You pay 40% of the Allowed Amount + the balance of provider's charge
Out-of-Pocket Maximum (per person / family aggregate) In-Network Out-of-Network (Out-of-Pocket Maximum includes DED, Coinsurance, Copays and PAD; excludes Prescription Drugs, Emergency Room PVD, and the balance after \$50 BCBSF maximum payment)	\$2,500 / N/A \$5,000 / N/A
Total Lifetime Maximum Benefit	\$5,000,000

An Array of Value-Added Programs and Services

- Access to valuable health information and resources*, including care decision support, our online provider directory at www.bcbsfl.com and other interactive web-based support tools
- MyBlueService, our 24/7 online member self-service, where you can request extra ID cards, review benefits, check claims status, print forms and more
- Valuable discounts on vision care, hearing care, alternative care, fitness clubs, and more through our member discounts program
- Online access to participating physician offices for e-office visits, consultations, appointment scheduling or cancellation, prescription refills and much more**
- Miami-Dade Blue members receive a Member Health Statement that summarizes your health care activity for the preceding month

* 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.

** 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, certificate or benefit booklet determine what is covered.

Access to Our Strong Networks

Miami-Dade BlueSM is the Preferred Provider Network designated as "In-Network" for Miami-Dade Blue. You may also receive out-of-state coverage through the BlueCard[®] Program with access to the PPO participating providers of independent Blue Cross and/or Blue Shield organizations across the country.

Important information regarding Miami-Dade Blue Coverage

Certain services, such as Advanced Imaging Services, Durable Medical Equipment and Specialty Drugs, require prior authorization before obtaining service. While it is your responsibility to confirm the network participation status of a provider before you receive the service, it is the par provider's responsibility to obtain the prior authorization. If there is no prior authorization on file, it will result in the claim being denied. If you choose to use a non-participating provider for certain services, such as Advanced Imaging Services, you may have an obligation to ensure an authorization is on file to receive coverage for the service. Please see your Miami-Dade Blue Benefit Booklet to understand when you may need to take steps to ensure full benefit access.

This is not an insurance contract or Benefit Booklet. The above Benefit Summary is only a partial description of the many benefits and services covered by Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. For a complete description of benefits and exclusions, please see Blue Cross and Blue Shield of Florida's Miami-Dade Blue Hospital and Surgical Coverage Benefit Booklet and Schedule of Benefits; its terms prevail.

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Este plan de Miami-Dade Blue provee servicios de cuidados de la salud de rutina, tales como servicios en el consultorio médico, así como protección básica contra enfermedades graves que requieren hospitalización o cirugía. Lo alentamos a examinar atentamente lo que cobre el plan y a que comprenda cuales pueden ser sus gastos de desembolso.	Plan 1
Servicios en el Consultorio	
Servicios en el Consultorio Médico (Incluye chequeos de rutina, inyecciones antialérgicas, cirugía en el consultorio, consultas por Internet y visitas para cuidados de maternidad)	Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida ¹ (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo ² hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Cuidados Preventivos	
Beneficio Máximo para Servicios de Bienestar para Adultos	Ninguna
Vacunas y Exámenes Físicos de Rutina para Adultos	Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Exámenes de Salud para la Mujer (por ejemplo, Exámenes Ginecológicos Anuales)	Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Mamografías Dentro de la Red Fuera de la Red	\$0 Deducible ⁴ + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo de los cargos del proveedor
Cuidado para el Desarrollo Normal Infantil (No hay máximo PBP ³)	Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor

¹ La Cantidad Permitida es la cantidad que hemos negociado con los proveedores para el pago de los servicios cubiertos, así el asegurado no tiene que pagar el cargo total del servicio.

² El "Saldo" es la diferencia entre nuestro pago y la cantidad que un proveedor Dentro de la Red acuerda aceptar como pago completo por los servicios cubiertos (la Cantidad Permitida). Usted es responsable de pagar este "saldo" al médico o al proveedor.

³ Por Período de Beneficio = PBP, por sus siglas en inglés

⁴ Deducible = DED, por sus siglas en inglés - La cantidad, si alguna, por período de beneficio, que usted debe pagar antes de que nosotros empecemos a pagar por los servicios cubiertos.

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Plan 1	
Programa de Medicinas Recetadas (BlueScript)	
Deducible de Farmacia	\$0
Genérica / De Marca / No Preferidas	\$10 de Copago / Descuentos Solamente*
Orden por Correo (suministro para 90 días) Genérica / De Marca / No Preferidas	No Cubiertas
<p>El beneficio de Farmacia BlueScript también brinda cobertura para anticonceptivos orales y diafragmas recetados, así como para equipos y suministros para la diabetes.</p> <p>*Medicinas de Marca o No Preferidas no están cubiertas bajo este plan. Sin embargo, usted puede aprovechar los descuentos negociados en farmacias participantes para la mayoría de las medicinas de Marca y No Preferidas. Usted será responsable por el costo completo de estas medicinas con precios descontados.</p> <p>El programa de descuentos BlueSaver también puede proveerle descuentos especiales en medicinas recetadas de marca que no están disponibles bajo su plan BlueScript (tales como medicinas para dejar de fumar) cuando usted muestra su tarjeta de identificación BlueSaver en farmacias participantes. El programa de descuentos BlueSaver es administrado por Medical Security Card Company (MSC) de Tucson, Arizona y no es un producto de seguro.</p>	
Cuidados Médicos de Emergencia	
Centros de Cuidados de Urgencia	<p>Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida</p> <p>Fuera de la Red Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor</p>
<p>Servicios en Salas de Emergencias (ER, por sus siglas en inglés) (por visita) Si se le Admite o se le realiza un servicio quirúrgico</p> <p style="padding-left: 20px;">Dentro de la Red Fuera de la Red</p> <p>Servicios No Quirúrgicos</p> <p style="padding-left: 20px;">Deducible Por Visita (PVD, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red</p>	<p>DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p> <p>\$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p>
<p>Servicios de Ambulancia (Viaje Terrestre / Viaje por Aire y agua, máximo por día)</p> <p style="padding-left: 20px;">Dentro de la Red Fuera de la Red</p>	<p>\$5,000 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p>
Servicios Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios	
<p>Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (por visita) (por ejemplo, Radiografías) (Incluye Servicios del Proveedor)</p> <p style="padding-left: 20px;">Dentro de la Red Fuera de la Red</p>	<p>\$75 Copago DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p>
<p>Laboratorio Clínico Independiente (por ejemplo, Análisis de Sangre)</p> <p style="padding-left: 20px;">Dentro de la Red Fuera de la Red</p>	<p>\$0 DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p>
<p>Servicios en Establecimientos Ambulatorios (por visita) (Servicios Quirúrgicos Solamente) (por ejemplo, Cirugías, Análisis de Sangre y Radiografías estrechamente relacionadas)</p> <p style="padding-left: 20px;">Dentro de la Red Fuera de la Red</p>	<p>DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor</p>

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Plan 1	
Salud Mental/Dependencia de Sustancias	
Salud Mental (PBP) Servicios en Hospitales (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Ambulatorio	30 días como Paciente Hospitalizado, 20 visitas como Paciente Ambulatorio DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Dependencia de Sustancias (Máximo de por vida) Servicios en Hospitales (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD) Fuera de la Red Fuera de la Red Visita al Consultorio como Paciente Ambulatorio	\$2,000 DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor Dentro de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar la Cantidad Permitida Fuera de la Red: Pagamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado paga el saldo hasta alcanzar el cargo del proveedor
Servicios de Otros Proveedores	
Servicios de Proveedores en el Hospital y la Sala de Emergencia Si es Admitido o si se realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos en la Sala de Emergencia Deducible Por Visita (PVD) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor \$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Proveedores de Servicios de Radiología, Patología y Anestesiología en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 10% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios de Proveedores en Establecimientos que no sean el Consultorio Médico, el Hospital o la Sala de Emergencia Médico Familiar Dentro de la Red / Especialista Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Otros servicios especiales	
Beneficio Combinado de Terapia Cardíaca, Ocupacional, Física, del Habla, Masajes y Manipulación de la Espina Dorsal para Pacientes Ambulatorios (PBP máximo) Establecimientos Dentro de la Red que no sean el Hospital o el Consultorio Médico (por ejemplo, Clínica de Terapia Física) Establecimientos Fuera de la Red que no sean el Hospital o el Consultorio Médico Establecimiento de Cuidados Ambulatorios	\$1,500 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor No está Cubierto
Equipo Médico Duradero (Si está estrechamente relacionado con cirugía, Admisión para Hospitalización o servicios en la Sala de Emergencia solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Cuidados de la Salud en el Hogar (PBP máximo) Dentro de la Red Fuera de la Red	45 Visitas DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Centros de Cuidados Médicos Especializados (PBP máximo) Dentro de la Red Fuera de la Red	45 Días DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Hospicio para Enfermos Terminales (Máximo de por Vida) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$5,200 DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Hospital/Quirúrgico	
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) (Servicios Quirúrgicos Solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Centros de Hospitalización y Servicios de Rehabilitación (por admisión) Dentro de la Red Deducible de Hospital por Admisión (PAD) Fuera de la Red Fuera de la Red	Límite de Servicios de Rehabilitación - 21 días PBP DED + 10% de la Cantidad Permitida \$500 PAD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicios en Establecimientos Ambulatorios (por visita) (Servicios Quirúrgicos Solamente) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Servicio en la Sala de Emergencia (por visita) Si es Admitido o si se realiza un servicio quirúrgico Dentro de la Red Fuera de la Red Servicios No Quirúrgicos Deducible Por Visita (PVD) Dentro de la Red Fuera de la Red	DED + 10% de la Cantidad Permitida DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor \$500 PVD + DED + 10% de la Cantidad Permitida PVD + DED + 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

	Plan 1
Características Financieras	
Deducible (por persona / total familiar) Dentro de la Red Fuera de la Red Deducible (DED) es la cantidad que debe asumir el asegurado antes de que BCBSF pague	\$250 / No Aplica \$750 / No Aplica
Deducible de Hospital por Admisión (PAD, por sus siglas en inglés) Servicios en Hospitales Fuera de la Red	\$500
Deducible Por Visita (PVD) No Quirúrgica a la Sala de Emergencia (Servicios Médicos y del Establecimiento)	\$500
Coaseguro (Pagado por el Asegurado) Dentro de la Red Fuera de la Red (El Coaseguro es el porcentaje que paga el asegurado por los servicios)	Usted paga el 10% de la Cantidad Permitida Usted paga el 40% de la Cantidad Permitida más el saldo del cargo del proveedor
Gastos Máximos de Desembolso (por persona / total familiar) Dentro de la Red Fuera de la Red (Los Gastos Máximos de Desembolso incluyen el Deducible, el Coaseguro, el Copago y el Deducible por Admisión y excluyen las Medicinas Recetadas, el Deducible por Visita a la Sala de Emergencia, y el saldo luego del pago máximo de BCBSF de \$50)	\$2,500 / No Aplica \$5,000 / No Aplica
El Máximo Total de Beneficios de por Vida	\$5,000,000

Un Conjunto de Programas y Servicios de Valor Agregado

- **Acceso a valiosos recursos e información sobre la salud***, incluyendo apoyo para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, nuestro directorio de proveedores disponible en www.bcbsfl.com y otras herramientas de apoyo interactivas también disponibles por Internet
- **MyBlueService**, nuestro sistema de autoservicio por Internet para asegurados disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, donde puede solicitar tarjetas de identificación adicionales, examinar los beneficios, verificar el estado de las reclamaciones, imprimir formularios y mucho más
- **Valiosos descuentos** en servicios del cuidado de la vista, de la audición, cuidados alternativos, centros de acondicionamiento físico y mucho más a través de nuestro programa de descuento para asegurados
- **Acceso por Internet a consultorios médicos participantes para realizar consultas por Internet**, programar o cancelar citas, reabastecer recetas y mucho más**
- Los asegurados de Miami-Dade Blue reciben un **Resumen de Beneficios del Asegurado** el cual detalla las actividades del cuidado de la salud realizadas el mes anterior

* Como cortesía, 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 tomar decisiones. Estos programas no forman parte de la cobertura del seguro. Todas las decisiones que tomen los asegurados relacionadas con criterios médicos/clínicos deben ser tomadas en conjunto con su Médico, dado que ni BCBSF ni los proveedores de estos servicios suministran asesoramiento ni cuidados médicos.

** Como cortesía, 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, su certificado o su folleto de beneficios determinan cuáles son los servicios cubiertos.

Acceso a Nuestras Importantes Redes

Miami-Dade BlueSM es la Red de Proveedores Preferentes designados como "Dentro de la Red" para Miami-Dade Blue. También puede recibir **cobertura fuera del estado a través del Programa BlueCard[®]**, el cual le brinda acceso a proveedores participantes de organizaciones independientes de Blue Cross y/o Blue Shield en todo el país.

Información Importante acerca de la Cobertura de Miami-Dade Blue

Algunos servicios, como los Servicios Avanzados de Imágenes Médicas, los Equipos Médicos Duraderos y las Medicinas Especializadas, requieren autorización previa antes de obtenerlos. Mientras que es su responsabilidad confirmar el estatus de la participación del proveedor antes de que reciba el servicio, es la responsabilidad del proveedor participante de obtener la autorización previa. Si no hay una autorización previa en los expedientes, esto resultará en que la reclamación por ese servicio sea negada. Si usted decide utilizar un proveedor no participante para algunos servicios, tales como Servicios Avanzados de Imágenes Médicas, usted podrá tener la obligación de asegurarse que la autorización se encuentre en el expediente, para recibir cobertura por los servicios. Vea su Folleto de Beneficios de Miami-Dade Blue para comprender cuando puede necesitar tomar las medidas necesarias para asegurarse de que tiene acceso completo a los beneficios del plan.

Miami-Dade Blue

Para Grupos Pequeños

Resumen de Beneficios de Salud Plan 1



Beneficios para Servicios Cubiertos

Cantidad que Paga el Asegurado

Esto no es un contrato de seguro o un Folleto de Beneficios. El Resumen de Beneficios anterior es sólo una descripción parcial de los muchos beneficios y servicios cubiertos por Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Para obtener una descripción completa de los beneficios y las exclusiones, consulte el Folleto de Beneficios y el Plan de Beneficios para la Cobertura de Hospital y Quirúrgica de Miami-Dade Blue de Blue Cross and Blue Shield of Florida; ya que sus términos prevalecen. Este document es una traducción des 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.

Miami-Dade **Blue**

A health benefit plan for hospital and surgical services, plus routine care.

Our health benefit plan offers a new solution to those living or working in Miami-Dade County who are looking for affordable health coverage. **The plan gives you basic and preventive health and dental care benefits, coverage for hospital admissions or surgery, plus access to more affordable in-network rates** (provider network is in Miami-Dade county only). We've got a plan to help you stay healthy—and save money, too.

Understanding Your Share of the Costs of Covered Services

- 1) When you have a covered hospital admission**, the plan provides benefits for the hospital charges and the covered physician services. Plus, benefits for covered surgeries in the outpatient department of a hospital, ambulatory surgical center, or a physician's office (i.e. bone setting, casting and/or stitching). Diagnostic services are also covered in the hospital, such as X-rays, ultrasounds, and CAT scans, when these services are part of a hospital inpatient service or outpatient hospital surgical service. We pay for 90% of your in-network covered charges, once you meet the \$250 deductible. Plus, you can relax knowing you still have **coverage for trips to the ER** (even if you aren't admitted and no surgical services are performed)—we pay 90% of the covered charges, once you meet the \$500 ER per visit deductible and the health plan deductible. See the benefit summary for all of the details.
- 2) When you need routine care, we'll pay up to \$50, and you'll pay the balance² of the charge.** We make it simple for you to **go the doctor or dentist for routine care, or get the lab tests you may need**. However, when you receive care from a participating provider, instead of paying a doctor's or dentist's normal fee for services, **you pay a lower rate, pre-negotiated by us, that saves you money**. You get the care you need, and **your cost is limited to our network rates**. We have a network¹ of participating doctors and dentists, so it's easy to make an appointment. You are covered for up to \$50 per provider, per date of service. This includes services like allergy testing and injections, sick visits, routine preventive care and wellness visits.

And you can receive **dental services** like routine exams and cleanings, x-rays, fillings and routine tooth extractions with coverage up to \$50 per visit—you'll be responsible for the balance of the allowed amount³.

Pharmacy Program

For the greatest savings on your prescriptions, always check to see if the pharmacy is in the network. Your medication will cost you less if you stay in-network. With this health benefit plan, you and your covered family members will pay only a **\$10 copayment for generic prescription drugs** and there's no limit how many times you can take advantage of this pharmacy benefit. You can also receive a discount on the cost of brand name medications.

After you enroll, you'll receive a complete **member booklet** that tells you how to use your plan—and what's covered—so you can get the most value from your plan benefits.

Plans have limitations and exclusions.

¹*Miami-Dade Blue is one of our Preferred Provider Networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers located in Miami-Dade County.*

²*The 'Balance' is the difference between our payment and the amount an In-network provider agrees to accept as payment in full for covered services (the Allowed Amount). If you choose to go Out-of-network, the balance is their charge to you for covered services MINUS our payment (it will likely cost you more if you visit Out-of-network providers). You are responsible for paying the doctor or provider this "balance".*

³*The 'Allowed Amount' is the amount we have negotiated with providers for payment of covered services, instead of a member paying the full charge for a service.*



**BlueCross BlueShield
of Florida**

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

In collaboration with



English >
< Español



An affordable
health benefit plan
designed to meet
the needs of your
small business.

Miami-Dade **Blue**

Health benefits
that make sense
for your business,
your employees
and their families.



Interested in offering health insurance for your employees, but worry it's out of reach? In collaboration with Miami-Dade County, we've designed Miami-Dade Blue: an affordable health benefit plan¹ especially for businesses just like yours.

Miami-Dade Blue may be the solution you've been looking for—it provides quality health care coverage with affordable premiums. It's a great option for businesses with employees living or working in Miami-Dade County.

1

Miami-Dade Blue is insured by Blue Cross and Blue Shield of Florida. Miami-Dade County is not responsible for the operations or liabilities of this product. ¹Miami-Dade Blue has limitations and exclusions. The amount of benefits depends on the plan you select and the premium will vary with the amount of benefits selected.



The health benefit plan is easy to use, and can help you, your employees and their families save money on important health care services like:

- Routine care, including doctor visits, preventive check-ups for adults, plus well child visits and immunizations
- Prescription drugs
- Lab tests
- Hospital stays and surgeries
- Visits to urgent care centers and clinics
- Mammograms

And, because your dental health can affect your general health, we've included easy access to routine dental care—check-ups, cleanings, X-rays, fillings and more. This offers your employees value and protection.

Miami-Dade Blue's community-based provider network makes it easy and affordable for employees to take charge of their own health—meaning a better quality of life for them and their families, and improved productivity for your business.

What's more, we give your employees access to valuable extras² at no cost—it's personalized help for when they need it most. From medical

treatment and prescription drug cost estimators to discounts³ on eyeglasses and vitamins, to a 24/7 nurse line for advice, employees can get the help they need. There are also programs to help manage chronic conditions, plus much more.

² 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 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.

³ Available as a courtesy to all BCBSF members through separate business partners. Discounts may be used once covered benefits, if any, are exhausted.

Coverage you
can count on.

Miami-Dade Blue makes it simple for your employees to go to the doctor or dentist for routine care, and get the prescription medications or lab tests they may need.

Here's how it works:

- We pay up to \$50 for routine doctor and dental visits, then the employee pays the balance.*
- We pay 90% of the cost, after deductible, for in-network hospitals and surgical providers.
- Employees pay just \$10 for generic prescriptions—including generic contraceptives—at in-network pharmacies, plus receive discounts on brand-name medications.
- Coverage for urgent care centers is included, saving you and your employees the extra time and expense of hospital emergency rooms.
- When employees use in-network providers, mammograms are covered at 100%.
- Lab tests, when performed by Quest Diagnostics, are also 100% covered.

To participate in the Miami-Dade Blue health benefit plan, your small business must contribute at least 50% of each employee's premium, and 75% of your employees must participate.

The plan is available to employees and their family members between the ages of 0 and 64, including undocumented residents, who are not eligible for any public health insurance programs.

FPO

*What's the "balance"?

The balance is the difference between what we pay for services, and the amount that an in-network provider will accept as payment in full for covered services. If an employee chooses to visit an out-of-network provider, that employee will be responsible for the provider's full charge for covered services, minus our payment; that difference is the "balance." Generally, employees will pay larger balances if they visit out-of-network providers.





Greater access.
More freedom.
Better health.

With Miami-Dade Blue, your employees enjoy the freedom to choose providers that best suit their needs—with no referrals needed. Employees may see any physician, but for the lowest out-of-pocket cost, are encouraged to choose physicians, hospitals and specialists from the Miami-Dade Blue network.⁴ And for their dental needs, Miami-Dade Blue offers a broad network of dentists to choose from.



We offer extensive support for your Spanish-speaking employees. FloridaSaludable.com, our Spanish-language website, offers insightful and culturally relevant articles and information for Hispanic employees. Plus, our customer service representatives are fluent in Spanish.

⁴Miami-Dade Blue is one of our preferred provider networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers in Miami-Dade County, and is the PPO provider network designated as 'in-network' for the Miami-Dade Blue plan.



Money-saving support for every employee and their families.

We know how important it is to help your employees get the most for their health care dollars. That's why we offer Blueprint for Health resources and programs that help employees make well-informed, money-saving decisions.

This complete support solution offers:

- Nurses and health coaches available by phone 24/7 for answers and guidance whenever needed
- Easy-to-understand information on medical tests and conditions, prescription drugs and treatment options, plus cost estimates
- Discounts on contact lenses or glasses, weight management programs, vitamins, chiropractic therapy, hearing aids, and other services
- Plus even more tools and resources to help your employees manage their health and health care dollar.



Miami-Dade Blue: The sensible, affordable health care solution for your small business.

With a health care industry that's always changing, an affordable health benefit plan can make a big difference in your employees' health—and your bottom line.

Miami-Dade Blue gives your employees the tools and help they need to take charge of their health care needs, at prices that work for everyone involved. Your employees will benefit from a better quality of life and the peace of mind that comes from quality health care; you'll enjoy enhanced productivity and affordable premiums.

For more details about Miami-Dade Blue, speak to your insurance agent or your Blue Cross and Blue Shield of Florida representative.