



For Individuals Under 65
Benefit Summary Plan 90



BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

- The “Allowed Amount” is the maximum amount upon which we will base payment for covered services.
- The “Balance” is the difference between our payment and the amount an In-network provider (under the GoBlue plan) 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”.
- Unless otherwise noted, the covered services listed are only covered in the following locations: Physician’s Office, Urgent Care Center, Convenient Care Center, e-Visits, Independent Clinical Laboratory, Retail Pharmacy for Rx, and Dentist Office for dental services.

Benefits for Covered Services	Amount you pay
Office Services, Convenient Care Centers	
Includes coverage for services such as: Sick visits, routine preventive care for adults and children, allergy testing and injections, outpatient surgery In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Preventive Care	
Mammograms (including Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) or outpatient hospital) In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Osteoporosis screening, diagnosis and treatment (including IDTF or outpatient hospital) In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Diabetes Outpatient Self Management (including outpatient hospital) In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Prescription Drug Program	
Prescription Drugs (Generic & Brand) In- or Out-of-Network	We pay \$5 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Urgent Care Centers	
In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance
Independent Clinical Lab	
In-Network Out-of-Network	We pay 100%, and the member pays \$0. We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance

Dental Coverage	
Preventive Dental Services	
Includes coverage for services such as routine oral exams and cleanings 2 times/yr, bitewing x-rays once/yr, and fluoride for children 2 times/yr. In- or Out-of-Network	We pay \$50 or the Allowed Amount (whichever is lower) and the member pays the balance

GoBlue is a limited benefit plan that has limitations and exclusions. NetworkBlue is one of our Preferred Provider Networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers.

This Benefit Summary is only a partial description of the many benefits and services provided or authorized by Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. This does not constitute a Contract. For complete details, including a complete description of benefits and exclusions, please refer to the GoBlue Limited Benefit Plan for Individuals Under 65 Non-Group Contract.

Para Personas Menores de 65 Años Resumen de Beneficios Plan 90

- La "Cantidad Permitida" es la cantidad máxima en la cual se basará el pago por los servicios cubiertos.
- El "Saldo" es la diferencia entre nuestro pago y la cantidad que un proveedor de la red (bajo el plan de GoBlue) acuerda aceptar como pago completo por los servicios cubiertos (la Cantidad Permitida). Si usted elige ir a un proveedor fuera de la red, el saldo es el cargo que usted debe pagar por los servicios cubiertos *MENOS* nuestro pago (seguramente le costará más si visita a proveedores Fuera de la Red). Usted es responsable de pagar este "saldo" al médico o al proveedor.
- A menos que se indique lo contrario, los servicios cubiertos indicados solo están cubiertos en los siguientes establecimientos: Consultorio del Médico, Centro de Cuidados de Urgencia, Centros de Consulta Sin Cita Previa, Consultas por Internet (E-visits), Laboratorio Clínico Independiente, Farmacia de Venta al por Menor, para recetas médicas, y Consultorio del Dentista, para servicios dentales.

Beneficios para Servicios Cubiertos	Cantidad que usted paga
Atención en el Consultorio, Centros de Consulta Sin Cita Previa	
Incluye cobertura para servicios tales como: Consultas por enfermedad, cuidados de prevención de rutina para adultos y niños, pruebas de alergia e inyecciones, cirugía para pacientes ambulatorios Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Cuidados Preventivos	
Mamografías (incluyendo Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico [IDTF, por sus siglas en inglés] u hospital para pacientes ambulatorios) Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Examen, diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis (incluyendo Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico [IDTF, por sus siglas en inglés] u hospital para pacientes ambulatorios) Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Autocontrol del Paciente Ambulatorio con Diabetes (incluyendo hospital para pacientes ambulatorios) Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Programa de Medicamentos Recetados	
Medicamentos Recetados (Genérico y De Marca) Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$5 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Centros de Cuidados de Urgencia	
Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo

Laboratorio Clínico Independiente	
Dentro de la Red Fuera de la Red	Abonamos 100% y el asegurado abona \$0. Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo
Cobertura Dental	
Servicios Dentales Preventivos	
Incluye cobertura para servicios tales como chequeos y limpiezas dentales de rutina dos veces al año, radiografías de mordida una vez al año, y fluoruro para niños dos veces al año. Dentro o Fuera de la Red	Abonamos \$50 o la Cantidad Permitida (lo que sea menor) y el asegurado abona el saldo

GoBlue es un plan de beneficios limitados que tiene limitaciones y exclusiones. La red NetworkBlue es una de nuestras Redes de Proveedores Preferidos, conformada por médicos y hospitales independientes, y proveedores auxiliares.

Este Resumen de Beneficios es sólo una descripción parcial acerca de la gran variedad de beneficios y servicios cubiertos o autorizados por Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Esto no constituye un Contrato. Para más detalles, incluyendo una descripción completa de los beneficios y las exclusiones, consulte el Contrato para Personas Menores de 65 años que no Pertenecen a un Grupo de GoBlue.