BlueOptions 05301

Con Medicamentos Recetados ($10/$50/$80/20%)

Periodo de cobertura: 11/01/2023 – 10/31/2024

Cobertura para: Individuo y/o Familia | **Tipo de Plan:** PPO

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra como usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. AVISO: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.floridablue.com/plancontracts/group. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.floridablue.com/plancontracts/group o llamar a 1-800-352-2583 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es Importante:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la Red: **$2,500** por Persona **/$7,500** Familia. Fuera de la Red: **$5,000** por Persona/ **$15,000** Familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe alcanzar su monto de deducible hasta que el deducible total pagado por todos alcance el deducible familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. Cuidado preventivo.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Dentro de la Red: **$6,350** por Persona / **$12,700** Familia. Fuera de la Red: **$13,000** por Persona/ **$26,000** Familia.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos hasta que se haya alcanzado el límite de gastos directos familiar.
¿Qué no incluye el máximo directo del bolsillo?	Primas, cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para ver una lista de los proveedores participantes, visite https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm o llame al 1-800-352-2583.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesito un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Proveedor Value Choice: Sin Cargo, No Aplica el Deducible/ Visita de Atención Primaria: $25 de Copago por Visita/ Visitas Virtuales: Sin Cargo, No Aplica el Deducible	Deducible + 50% Coseguro / Visitas Virtuales: Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Las Visitas Virtuales están cubiertas solo para proveedores Dentro de la Red.
	Visita al especialista	Especialista Value Choice: $20 de Copago por Visita/ Especialista: $45 de Copago por Visita/ Visitas Virtuales: $45 de Copago por Visita	Deducible + 50% Coseguro/ Visitas Virtuales: Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Las Visitas Virtuales están cubiertas solo para proveedores Dentro de la Red.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin Cargo, No Aplica el Deducible	50% Coseguro	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después revise lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Especialista Value Choice: $20 de Copago por Visita/ Laboratorio Clínico Independiente: Sin Cargo, No Aplica el Deducible/ Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico: Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	Las pruebas realizadas en los hospitales pueden tener un costo compartido más alto.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	Las pruebas realizadas en los hospitales pueden tener un costo compartido más alto. Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios /servicios pueden ser denegados.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.floridablue.com/tools-resources/pharmacy/medication-guide.	Medicamentos genéricos	$10 de Copago por medicamento recetado de venta al por menor, $25 de Copago por medicamento recetado por correo	50% Coseguro	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo. Los programas Responsible Rx, tal como Autorización Previa pueden aplicar. Puede obtener información adicional en la Guía de Medicinas.
	Medicamentos de marcas preferidas	$50 de Copago por medicamento recetado de venta al por menor, $125 de Copago por medicamento recetado por correo	50% Coseguro	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	$80 de Copago por medicamento recetado de venta al por menor, $200 de Copago por medicamento recetado por correo	50% Coseguro	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo.
	Medicamentos especializados	20% Coseguro de venta al por menor	50% Coseguro	No está cubierto a través de pedido por correo. Hasta 30 días de suministro para venta al por menor.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	————ninguna————
	Honorarios del médico/cirujano	Deducible + 30% Coseguro	Centro Quirúrgico Ambulatorio: Deducible + 50% Coseguro/ Hospital: Deducible Dentro de la Red + 30% Coseguro	————ninguna————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$300 de Copago por Visita	$300 de Copago por Visita	————ninguna————
	Transporte médico de emergencia	Deducible + 30% Coseguro	Deducible Dentro de la Red + 30% Coseguro	————ninguna————
	Atención de urgencia	Proveedor Value Choice: Sin Cargo, No Aplica el Deducible - Visitas 1-2; $50 de Copago por las demás Visitas / Visitas de atención de urgencia: $50 de Copago por Visita	Deducible + $50 de Copago por Visita	————ninguna————

Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.floridablue.com/plancontracts/group.

SBCID: 2769967

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados se limitan a 30 días.
	Honorarios del médico/cirujano	Deducible + 30% Coseguro	Deducible Dentro de la Red + 30% Coseguro	————ninguna————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Sin Cargo, No Aplica el Deducible/ Visitas Virtuales al Especialista: Sin Cargo, No Aplica el Deducible/ Hospital Opción 1: Sin Cargo, No Aplica el Deducible	50% Coseguro/ Visitas Virtuales al Especialista: Sin Cobertura	Las Visitas Virtuales están cubiertas solo para proveedores Dentro de la Red.
	Servicios internos	Sin Cargo, No Aplica el Deducible	Servicios Médicos: Sin Cargo, No Aplica el Deducible/ Hospital: 50% Coseguro	Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$45 de Copago por la Visita inicial	Deducible + 50% Coseguro	Los servicios por maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en el SBC (ej., ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Deducible + 30% Coseguro	Deducible Dentro de la Red + 30% Coseguro	————ninguna————
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	————ninguna————
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	La cobertura está limitada a 35 visitas.
	Servicios de rehabilitación	$45 de Copago por Visita	Deducible + 50% Coseguro	La cobertura está limitada a 25 visitas, que incluyen 26 manipulaciones. Los servicios realizados en los hospitales pueden tener costos compartidos más altos. Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios/servicios pueden ser denegados.
	Servicios de habilitación	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	Cuidado de enfermería especializada	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	Cobertura limitada a 60 días.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Equipo médico duradero	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicio, equipo de baño y reemplazo de DME debido al uso / edad.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Deducible + 30% Coseguro	Deducible + 50% Coseguro	————ninguna————
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	Anteojos para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	Chequeo dental pediátrico	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Servicios dentales (adultos)
- Servicios de habilitación
- Audífonos /Auriculares
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Chequeo dental pediátrico
- Chequeo de la vista pediátrico
- Anteojos para niños
- Servicios privados de enfermería
- Servicios de rutina para la vista (adultos)
- Servicio de rutina para los pies a menos que sea para el tratamiento de la diabetes
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica - Limitada a 25 visitas
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Visite www.floridablue.com.
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los EE. UU.

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236. Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/agencies/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese al 1-800-352-2583. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, póngase en contacto con el departamento de servicios al empleado. Para los planes de salud grupal gubernamentales no federales y los planes de la iglesia que son planes de salud grupales, comuníquese con el departamento de servicios de su empleado. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado al 1-877-693-5236. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE.UU. al 1-866-4-USA-DOL (866-487-2365) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima por lo general incluye planes, seguros de salud a través del Mercado de Seguro Médicos u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE u otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, usted no es elegible para el crédito tributario de la prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos, coseguros) y servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$2,500**
- **Especialista Copago** **$45**
- **Hospital (instalaciones) Coseguro** **30%**
- **Otro Sin Cargo** **$0**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Ejemplo de Costo Total	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría

Costo compartido	
Deducibles	$2,500
Copagos	$60
Coseguro	$1,800
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$4,420**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- **El deducible general del plan** **$2,500**
- **Especialista Copago** **$45**
- **Hospital (instalaciones) Coseguro** **30%**
- **Otro Coseguro** **30%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Ejemplo de Costo Total	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$1,700
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,720**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$2,500**
- **Especialista Copago** **$45**
- **Hospital (instalaciones) Coseguro** **30%**
- **Otro Copago** **$300**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Ejemplo de Costo Total	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,700
Copagos	$500
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,200**

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, póngase en contacto con: www.floridablue.com.

Sección 1557 Notificación: La discriminación es en contra de la ley

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Interpretes calificados del lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Interpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura para salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y para discapacitados: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227

Si usted cree que no hemos proporcionado estos servicios o discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Cobertura de salud y visión (incluidos los miembros del FEP):
Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 x29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
section1557coordinator@floridablue.com

Cobertura dental, de vida y para discapacitados:
Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscoordinator@fclife.com

El seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-352-2583（TTY: 1-800-955-8770)。FEP：請致電1-800-333-2227

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

El seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., afiliada de Blue Cross y Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de la Blue Cross y Blue Shield Association.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-253-008-3852 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-559-008-0778. اتصل برقم 1-800-333-7222.

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

ફોન કરો 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ:ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรฟรี **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ **FEP** โทร **1-800-333-2227**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583（TTY: 1-800-955-8770）まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود.
با شماره (TTY: 1-800-955-8770) 1-800-352-2583 تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojį' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojį' hodíílnih 1-800-333-2227.

El seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., afiliada de Blue Cross y Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de la Blue Cross y Blue Shield Association.