Elegibilidad

La elegibilidad para inscribirse en un plan aprobado de Health Flex está limitada a residentes de este estado que:

1. Disponible para todas las edades.

2. Tengan un ingreso anual familiar equivalente a, o por debajo del, 300 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level/FPL).

Favor de referirse a la siguiente tabla:

Personas en el Domicilio	Ingreso Anual
1	$43,740
2	$59,160
3	$74,580
4	$90,000
5	$105,420
6	$120,840
7	$136,260
8	$151,680
Por cada personal adicional, añade $5,140 al ingreso anual máximo.	

3. No estén cubiertos por una póliza de seguro privada y no sean elegibles para cobertura a través de un programa público de seguro de salud, como Medicare o Medicaid, u otro programa público de seguro de salud, como KidCare, y no hayan estado cubiertos en ningún tiempo durante los seis (6) meses anteriores, exceptuando:
a) Una persona que estuvo cubierta por un contrato individual de parte de una sociedad médica (Health Maintenance Organization/HMO) autorizada bajo la Parte I del Capítulo 641 de los Estatutos del Estado de la Florida, que también fue un plan de salud aprobado en Octubre 1 del 2008, puede solicitar cobertura con Health Flex bajo el mismo plan expedido por la sociedad médica sin un lapso en cobertura si cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad; ó
b) Una persona que estuvo cubierta bajo Medicare o KidCare y ha perdido la elegibilidad para el subsidio de Medicare o KidCare debido a restricciones de ingresos, puede solicitar cobertura en un Health Flex plan dentro de un período de 90 días sin un lapso en cobertura, si cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad; y

4. (a) Ha solicitado cobertura del plan Health Flex como individuo para un plan aprobado Health Flex y ha aceptado hacer los pagos requeridos para participación en el mismo, incluyendo pago o pagos periódicos que se cumplen al momento que los servicios de salud son prestados.
b) Si forma parte de un grupo de empleados de un mismo empleador de los cuales al menos el 75 por ciento tiene un ingreso anual igual o por debajo del 300 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y el grupo de empleados no está cubierto por una póliza de seguro privada y no ha estado cubierto durante los seis (6) meses anteriores. Si la entidad del plan Health Flex es una aseguradora de salud, un plan de salud o una sociedad médica (HMO) licenciada bajo la ley del Estado de la Florida, solo el 50 por ciento de los empleados deberá cumplir con los requisitos de ingresos para los propósitos de este párrafo.

Cobertura de Hospitalización

El servicio de hospitalización no es un beneficio cubierto por el Plan Health Flex de American Care. Los centros médicos de American Care están encargados de coordinar cualquier servicio de hospitalización requerido. Para cobertura de este tipo de servicio, el beneficiario debe solicitar cobertura a través de otro programa de salud que haya sido aprobado por el gobierno del Estado de la Florida

Preguntas Frecuentes

1. ¿Me puedo transferir de mi plan de seguro de salud actual?
No, la persona que solicita cobertura de parte de Health Flex debe haber estado sin seguro los seis (6) meses anteriores o más.

2.¿Son elegibles los niños?
Niños deben solicitar cobertura de parte del programa KidCare con el Estado de la Florida. Si sus padres califican para el plan Health Flex, posiblemente también los niños calificarán para KidCare. Si el niño o la niña no califica para KidCare, entonces él o élla puede ser inscrito en el plan Health Flex.

3. ¿Tienen un Plan Familiar?
No, el Plan solo ofrece membresías individuales

4. ¿Cuánto cuesta el Plan?
El Plan cuesta $50.00 mensuales por persona.

5. ¿Qué edad debo tener para poder participar?
No hay restricciones de edad para HealthFlex.

6. ¿Cubre el Plan las hospitalizaciones?
No, el Plan actual no ofrece cobertura para hospitalizaciones. Hay otras opciones para cobertura de hospitalizaciones que podemos tratar con usted.

7.Si mi centro de cuidados primarios está en otro condado, ¿podría ir a otros centros médicos de American Care que estén en otros condados?
Sí, sin ningún pago adicional.

8. Si en mi lugar de trabajo estamos participando como grupo, ¿tendría que participar cierto porcentaje de los empleados?
No, no hay un mínimo de participación requerida. Si el grupo completo quiere participar, entonces el 75% de los empleados dentro del grupo debe ganar menos del 300 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL).

Our Locations

South Florida

Cutler Bay Medical Center
11255 SW 211 Street
Miami, FL 33189
(305) 254-7576

Homestead Medical Center
12171 SW 268 Street
Homestead, FL 33032
(786) 936-0636

North Miami Medical Center
1521 NW 54th Street
Miami, FL 33142
(786) 594-0000

Little Havana Medical Center
2315 West Flagler
Street Miami, FL 33135
(786) 517-4888

Miami Gardens Medical Center
20911 NW 2nd Avenue
Miami, FL 33169
(786) 297-0070

Miramar Medical Center
6200 Pembroke Road
Miramar, FL 33023
(954) 961-7100

Oakland Park Medical Center
1600 West Oakland Park Blvd.
Oakland Park, FL 33311
(754) 200-8248

Belle Glade Medical Center
1301 South Main Street
Belle Glade, FL 33430
(561) 992-4357

Delray Beach Medical Center
3029 N. Federal Hwy.
Delray Beach, FL 33483
(561) 639-7190

Lake Worth Medical Center
818 South Dixie Hwy.
Lake Worth, FL 33460
(561) 296-4400

Riviera Beach Medical Center
3342 Broadway Avenue
Riviera Beach, FL 33404
(561) 249-4409

Fort Pierce-West Medical Center
1404 South 28th Street
Fort Pierce, FL 34947
(772) 293-0770

Fort Pierce-East Medical Center
2211 Okeechobee Road
Fort Pierce, FL 34950
(772) 230-5366

Central Florida

Tampa-North Medical Center
11211 North Nebraska
Avenue Tampa, FL 33612
(813) 514-2333

Tampa-Central Medical Center
205 W. Busch Blvd.
Tampa, FL 33612
(813) 915-1588

Tampa-South Medical Center
400 E. Martin Luther King Jr. Blvd.
Tampa, FL 33603
(813) 308-4040

Tampa-West Medical Center
8726 W. Waters Avenue
Tampa, FL 33615
(813) 712-1726

Gulfport Medical Center-Coming Soon!
2001 49 Street South
Gulfport, FL 33707
(727) 220-4423

Haines City Medical Center
502 East Hinson Avenue
Haines City, FL 33844
(863) 438-7911

Lakeland-Central Medical Center
1005 N. Lake Parker
Avenue Lakeland, FL 33805
(863) 583-4053

Lake Wales Medical Center
1120 Carlton Avenue
Lake Wales, FL 33853
(863) 270-4546

Winter Haven Medical Center
2775 Lake Alfred Road
Winter Haven, FL 33881
(863) 291-4590

New Port Richey Medical Center
5307 Main Street
New Port Richey, FL 34652
(727) 900-7788

North Florida

Jacksonville-East Medical Center
1100 Cesery Blvd.
Jacksonville,FL 32211
(904) 551-5884

Jacksonville-West Medical Center
1918 Blanding Blvd.
Jacksonville, FL 32210
(904) 389-6954

Jacksonville Northwest Medical Center
500 McDuff Avenue S
Jacksonville, FL 32254
(904) 506-4044

HealthFlexPlan

Una Solución Para Sus Necesidades de Salud

Para Mas Información llamar al 1.800.240.6745
O Visite www.healthflex.org

American Care Medical Centers

Los beneficios proporcionados por este plan so limitados. Usted deberá revisar cuidadosamente los beneficios ofrecidos por este plan.

Form 2013HF2

PLAN APROBADO POR EL ESTADO DE LA FLORIDA

Según la Sección 408.909 de los Estatutos del Estado de la Florida, la Legislatura halla que una significativa proporción de los residentes de este estado no tiene los medios para obtener cobertura de seguro de salud asequible. Por lo tanto, es la intención de la Legislatura expandir la disponibilidad de opciones para la atención de la salud a favor de residentes del estado que cuenten con bajos ingresos y que carezcan de seguro. El Estatuto del Estado de la Florida 408.909 establece el Programa Health Flex Plan.

RESUMEN de los BENEFICIOS y PRIMA del Plan Health Flex

Los beneficios de cobertura y tarifas de prima aplican tanto para miembros individuales como para miembros de un grupo. El Plan está garantizado, sujeto a provisiones de costos compartidos durante los primeros 92 días. Usted será inscrito a pesar de sus condiciones médicas. Empleados permanecerán inscritos a pesar de su estatus de empleo o de las provisiones de costos compartidos (copagos). El plan tiene provisiones para costos compartidos (copagos) limitados. Favor de referirse al Acuerdo del miembro para todas las provisiones acerca de costos compartidos o copagos. Los siguientes copagos aplicarán después de 92 días de estar inscrito en el Plan. Favor de referirse al Acuerdo del miembro para copagos durante los primeros 92 días. El Plan tiene exclusiones de cobertura, según están listadas en el Acuerdo del miembro que incluye, pero no se limita a, la hospitalización. Favor de referirse al Acuerdo del miembro para servicios que no están cubiertos.

BASIC PLAN

PRIMA del PLAN: $50.00 por miembro mensualmente

BENEFICIOS CUBIERTOS

Exploración Preventiva de Salud

Examen Físico Anual	$0 visita anual
Exploración de Cáncer Cervical (Papanicolaou anual)	$0
Exploración colorectal no invasiva (tres pruebas anuales de sangre oculta en heces)	$0
Exploración anual de cáncer de la próstata	$0

Visitas a consultas para atención primaria para la diagnosis y tratamiento de enfermedades y heridas

Visitas a consultas para atención primaria de la salud	$0 por visita
Visitas a pediatra	$0 por visita
Transporte (a centros médicos de cuidados primarios dentro de la red)	$0 por visita
Terapia Física	$0 por tratamiento
Terapia Física (en la consulta)	

Cobertura Para Prescripciones

Cobertura para prescripciones según el formulario básico (favor de consultar el formulario)	$4.00 por receta
Formulario exhaustivo (Se requiere que la orden se haga con tres días de antelación y por un suministro de 90 días)	Costo mas $4.00 además de costo por procesamiento

Análisis de Laboratorio

HEMATOLOGÍA

Estudios de coagulación	
PT/INR	$0
PTT	$0
Hemograma o recuento de glóbulos exhaustivo	$0
Recuento de glóbulos blancos	
Recuento de glóbulos rojos	
Recuento antiplaquetario	
MCV	
Hemoglobina / Hematroquito	$0

QUÍMICA

Ácido fólico	$0
Ácido úrico	$0
Ácido valproico	$0
Albúmina	$0
Amilasa	$0
Análisis de orina con tira reactiva y con reflejo microscópico	$0
Análisis de orina exhaustivo con tira reactiva y con reflejo microscópico	$0
Análisis de orina con tira reactiva solamente	$0
Anticuerpo RBC con Reflejo ID	$0
Antígeno prostático específico general	$0
Bilirrubina general	$0
Calcio (Ca)	$0
CEA	$0
Cloruro (Cl)	$0
Colesterol general (Tchol)	$0
Creatinina (CR) con tasa de filtración glomerular (GFR)	$0
Dióxido de Carbono (CO2)	$0
Exploración VIH-1 / VIH-2 con reflejos (Virus de ImmunodeficienciaHumana/VIH)	$0
Ferritina	$0
Fósforo	$0
Glucosa sérica (glucosa)	$0
Hemoglobina A1C	$0
Hepatitis A AB, IGM	$0
Antígeno de superficie de la hepatitis B (AB Qual)	$0
Hepatitis C Virus AB	$0
Hierro general	$0
Lipoproteínas de baja densidad (LDH, por sus siglas en inglés)	$0
Lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés)	$0
Magnesio	$0
Marcador Tumoral CA-125	$0
Microalbumina, prueba aleatoria de orina (con creatinina)	$0
Perfil de anticuerpos antinucleares con reflejo (ANA, por sus siglas en ingles)	$0
Perfil de función del riñón (AST, ALT, ALK Phos.)	$0
Perfil electrolito	$0
Perfil lípido (perfil de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés) y de lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés)	$0
Tiglicéridos (TRIG, por sus siglas en inglés)	$0
Perfil metabólico exhaustivo	$0
Perfil metabólico sencillo	$0
Plomo (B)	$0
Progesterona	$0
Proteína C-reactiva	$0
Rubella IGG AB	$0
Proteína general (TP)	$0
Prueba de embarazo (HCG, Serica, Qual)	$0
Prueba de factor reumatoide (FR)	$0
Prueba de la reagina plasmática rápida con título de reflejos (RPR, por sus siglas en inglés)	$0
Prueba de sangre oculta en heces (GUACAYO)	$0
Prueba de testosterona general	$0
Rubeola IGG AB	$0
Triglicéridos (Trig)	$0
Sistema ABO (grupos sanguíneos A, B, O) y factor RH	$0
Valproic Acid	$0
Hormona estimulante de la tiroides (TSH, por sus siglas en inglés)	$0
ÚREA de Nitrógeno (Examen úrea nitrógeno de sangre)	$0
Vitamina B12 / Ácido fólico	$0

MICROBIOLOGÍA

Cultivo de rutina	$0
Cultivo genital	$0
Cultivo de materia fecal	$0
Cultivo de mucus de la garganta	$0
Cultivo de orina	$0
Cultivo de tejido	$0
Frotis de Pap / Papanicolaou	$0

(Otros análisis de laboratorio están disponibles. Averigüe con su proveedor)

Cirugía menor en la consulta con anestesia y procedimientos locales

Cirugía menor en la consulta	$0
Tratamiento de quemaduras locales	$0
Desbridamiento de uñas	$0
Desbridamiento de piel	$0
Lavado de oído	$0
Escisión de lesiones en la piel	$0
Incisión y drenaje de abscesos	$0
Extirpación de carnosidad	$0
Entablillado sencillo	$0
Laceración (reparación sencilla)	$0
Criocirugía	$0
Artrocentesis	$0

Exámenes y Tratamientos Pulmonarios

Espirometría	$0
Tratamientos de Aerosol	$0

Servicios de Radiología

Radiografías Sencillas (2 vistas)	$0
Cráneo	
Rostro	
Cervical	
Pecho	
Abdomen	
Pelvis	
Extremidades	

Diagnóstico de Ultrasonido (U/S)

U/S Aorta, Riñones o Pancrea	$0
U/S Mamas	$0
U/S Vesícula Bilear e Hígado	$0
U/S Riñones	$0
U/S Pelvis	$0
U/S Escroto y Testículos	$0
U/S Tejido Blando	$0
U/S Tiroides	$0
Otros U/S	$0

Exámenes Cardiovasculares

Electrocardiograma	$0
Monitorización de Holter de 24 horas	$0
Ecocardiograma con Doppler	$0
Representación Carótida - Arterial Óptica/Doppler	$0
Representación Óptica - Vascular de las Extremidades	$0

Vacunas e Inyecciones en la Consulta

Vacuna DT (Tétano / Difteria)	$0
Vacuna Hepatitis B	$45
Vacuna Contra Influenza	$15
PPD/tine (Perfil de Tuberculosis)	$0
Vacuna TD (Tétano vaccine)	$0
Inyecciones de Toradol (Analgésico)	$0
Inyecciones de Solumedrol	$0
Inyecciones de Rocephin (Antibiótico)	$30

Visión / Oído

Exploración de la Visión	$0
Exploración de Oído	$0

Cuidados de Especialista

Este no es un beneficio bajo el Plan HealthFlex, pero puede ser programado a través de la red de proveedores de los centros médicos de American Care. Favor de referirse al directorio de proveedores.

American Care Medical Centers