



An Independent Licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

**Job Aid:** Enrollment & Billing Letters and Emails

### Letters and Emails for Dental Stand-Alone and Individual Under 65 Plan Members (Support Enrollment & Billing)

This document provides examples of customer communications that support enrollment and billing functions. The text for each letter (or email) is listed by subject. Some of the communications are available in Spanish and English, depending on the member's preference and the product or line of business.

**Note:** This view is intended to show only examples of subjects; the actual verbiage, subject matter, and final presentation for the customer may vary.

Item #	Page #	Letter or Email
1	4	<a href="#">App Acknowledgement Letter</a>
2	5	<a href="#">App Acknowledgement Email</a>
3	6	<a href="#">App Acknowledgement Letter Spanish</a>
4	7	<a href="#">App Acknowledgement Email Spanish</a>
5	8	<a href="#">Initial Binder Pymt Letter</a>
6	9	<a href="#">Billing Reminder Email</a>
7	10	<a href="#">Initial Binder Pymt Letter Spanish</a>
8	11	<a href="#">Billing Reminder Email Spanish</a>
9	12	<a href="#">Binder Cancellation Letter</a>
10	13	<a href="#">Health Plan Not Enrolled Email</a>
11	14	<a href="#">Binder Cancellation Letter Spanish</a>
12	15	<a href="#">Health Plan Not Enrolled Email Spanish</a>
13	16	<a href="#">Welcome Letter With ID Card</a>
14	18	<a href="#">Non Discrimination Notice</a>
15	20	<a href="#">WHCRA Breast Recon Notice</a>
16	27	<a href="#">Prior Authorization Notice</a>
17	28	<a href="#">New Member ID Card Email</a>
18	29	<a href="#">Welcome Letter With ID Card Spanish</a>
19	31	<a href="#">Non Discrimination Notice Spanish</a>
20	33	<a href="#">WHCRA Breast Recon Notice Spanish</a>
21	41	<a href="#">Prior Authorization Notice Spanish</a>
22	42	<a href="#">New Member ID Card Email Spanish</a>

Item #	Page #	Letter or Email
23	43	<a href="#">Policy Documents Email</a>
24	44	<a href="#">Legal Notices Email</a>
25	45	<a href="#">Docs Ready Online PC</a>
26	47	<a href="#">Policy Documents Email Spanish</a>
27	48	<a href="#">Legal Notices Email Spanish</a>
28	49	<a href="#">Docs Ready Online PC Spanish</a>
29	51	<a href="#">Member ID Replacement Letter</a>
30	52	<a href="#">Member ID Replacement Letter Spanish</a>
31	53	<a href="#">Monthly Invoice Sample</a>
32	55	<a href="#">Monthly Invoice Sample Spanish</a>
33	57	<a href="#">Past Due 1 Month</a>
34	59	<a href="#">Past Due 1 Month Spanish</a>
35	60	<a href="#">Past Due 2 Months</a>
36	62	<a href="#">Past Due 2 Months Spanish</a>
37	64	<a href="#">Past Due 3 Months</a>
38	66	<a href="#">Past Due 3 Months Spanish</a>
39	68	<a href="#">Member Delinquency PC</a>
40	70	<a href="#">Member Delinquency PC Spanish</a>
41	72	<a href="#">Past Due Non APTC</a>
42	73	<a href="#">Past Due Non APTC Spanish</a>
43	74	<a href="#">Term NonPay APTC</a>
44	75	<a href="#">Term NonPay APTC Spanish</a>
45	76	<a href="#">Change Address Update Letter</a>
46	77	<a href="#">Change Address Update Letter Spanish</a>
47	78	<a href="#">Change Subsidy Update Letter</a>
48	79	<a href="#">Change Subsidy Update Letter Spanish</a>
49	80	<a href="#">Dependent Added Change Letter</a>
50	81	<a href="#">Dependent Added Change Letter Spanish</a>
51	82	<a href="#">Important Notices Email</a>
52	83	<a href="#">Important Notices Email Spanish</a>
53	84	<a href="#">Dishonored Payments Letter</a>
54	85	<a href="#">Dishonored Payments Letter Spanish</a>
55	86	<a href="#">Member Req Cancellation Letter</a>
56	87	<a href="#">Member Req Cancellation Letter Spanish</a>
57	88	<a href="#">Cancellation Notice Email</a>
58	89	<a href="#">Cancellation Notice Email Spanish</a>
59	90	<a href="#">Autopayment Cancelled By Member (Billtrust)</a>
60	91	<a href="#">Member Enrolled Autopayments Email (Billtrust)</a>

Item #	Page #	Letter or Email
61	92	<a href="#">Payment Past Due Email (Billtrust)</a>
62	93	<a href="#">Autopayment Cancelled Email (Billtrust)</a>
63	94	<a href="#">Autopayment Draft Coming Soon Email (Billtrust)</a>
64	95	<a href="#">Binder Payment Confirmation Email (Billtrust)</a>
65	96	<a href="#">Automatic Payment Scheduled (Billtrust)</a>
66	97	<a href="#">Autopayment Info Updated Email (Billtrust)</a>
67	98	<a href="#">Monthly Bill Is Ready Email (Billtrust)</a>
68	99	<a href="#">Monthly Bill is Ready Non APO Email (O'Neil)</a>
69	100	<a href="#">Monthly Bill is Ready Non APO Email Span (O'Neil)</a>
70	101	<a href="#">Your Monthly Bill is Ready PC</a>
71	103	<a href="#">Your Monthly Bill is Ready PC Spanish</a>
72	105	<a href="#">Payment Confirmation Email (Billtrust)</a>
73	106	<a href="#">Payment Was Unsuccessful Email (Billtrust)</a>
74	107	<a href="#">Debit Card Expired Email (Billtrust)</a>
75	108	<a href="#">Binder Reminder Email</a>
76	109	<a href="#">Binder Reminder Email (Spanish)</a>

Note: Meaningful Access Taglines and Non-Discrimination Notice (also known as 1557) should be inserted with each letter—or provided as a link with emails—for each and every document that is considered an “essential” communication.

*Last Revision: 08/21/19 by B.Lizama*



HMO

<@Return Address>

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>

<Recipient Address Line 1>

<Recipient Address Line 2>

<City>, <State> <Zip Code>

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient Name> <Recipient Last Name>,

We're writing to let you know that your upcoming enrollment in **<Product Name> <Plan Number>**  
**[Plan Number is N/A for dental]** is under way.

#### **What to Expect Next**

- If you've made your first payment, your member ID card is on its way, and you'll be ready to get care the first day your plan starts.
- If you still need to make your first payment, watch your mailbox for another letter with how much and how to pay. After you've paid, we'll send your member ID card and other important plan details.

Read more about what your plan covers in the Summary of Benefits and Coverage (SBC) [**@SBC FB**: at [floridablue.com/sbc/search/byplan](https://floridablue.com/sbc/search/byplan). Enter your plan number in the box at the bottom of the page and click *Search*.] **Or** [**@SBC FCL**: at <https://www.floridabluedental.com/Members/tools-resources/transparency.aspx>.] Prefer a hard copy in your mailbox? Give us a call.

[**@Pre-Member Closing**]

Sincerely,

Your Customer Service Team

[**@Carrier Name**]

**Item:** 62 (O'Neil);

**Form #:** 85951 (Florida Blue)

**Letter:** Application Acknowledgement letter

**Trigger:** Customer completes application process

**Timing:** Regulations require letter is sent within 7

business days of application receipt (for HMO-type

plans); FB sends letter sent for all plans

(SBC Link for dental plans shown below for example also)

Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

85951 0119R

**Item:** EB3 Important Notice (O'Neil)  
**Form #:** 86196 (Florida Blue)  
**Letter:** Email follow-up for application Acknowledgement letter.  
**Trigger:** Application acknowledgement letter

**Subject: Update about your new or changing insurance coverage**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that enrollment in your new or changing insurance coverage is under way.

If you're new or have switched plans and haven't yet made your first payment, be on the lookout for another notice with the due date. Please make your first payment by that date so that your benefits can start on the date you requested.

If you've already made your first payment, we'll be in touch.

We look forward to serving you in your pursuit of health!

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [ไทย](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

86196 0119R



<Return Address>

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>

<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Item:** 62 (O'Neil);  
**Form #:** 85951S (Florida Blue)  
**Letter:** **Application Acknowledgement** letter  
**Trigger:** Customer completes application process  
**Timing:** Regulations require letter is sent within 7 business days of application receipt (for HMO-type plans); FB sends letter sent for all plans (SBC Link for dental plans shown below for example also)

**Número de identificación de miembro:** <Florida Blue Contract Number>

Hola <Recipient Name> <Recipient Last Name>:

Queremos dejarle saber que su inscripción para **<Product Name> <Plan Number>** está en proceso.

• **Qué sucede ahora:**

- **Si ya ha hecho su primer pago:** Su tarjeta de identificación de miembro está en camino y usted puede recibir cobertura desde la fecha de inicio de su plan.
- **Si usted no ha hecho su primer pago:** Recibirá un aviso por separado con la cantidad que adeuda y las formas en las que puede pagar. Después de que haya hecho su primer pago, le enviaremos sus tarjetas de identificación de miembro y otros detalles importantes acerca de su plan.

Lea más acerca de lo que cubre su plan en el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) [**@SBC FB:** en [floridablue.com/sbc/search/byplan](http://floridablue.com/sbc/search/byplan). Ingrese su <número de plan> en el cuadro en la parte inferior de la página y haga clic en *Buscar* (Search).] ¿Desea una copia impresa enviada por correo? Llámenos. [**@SBC FCL:** en <https://www.floridabluedental.com/Members/tools-resources/transparency.aspx>.] ¿Desea una copia impresa enviada por correo? Llámenos al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

[@Pre-Member Closing]

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

[@Carrier Name]

85951S 0119R

**Subject: Información acerca de su cobertura de seguro**

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

**Estimado (a)** <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos informarle que la inscripción en su nueva cobertura de seguro está en proceso.

Si es un nuevo miembro o si ha cambiado de plan y no ha realizado su primer pago, recibirá otra notificación con la fecha del vencimiento de su pago. Favor realice el su primer pago antes de esa fecha para que su cobertura empiece en la fecha solicitada.

Si ya realizó su primer pago, ¡muchas gracias! Nos mantendremos en contacto.

Podemos ayudarle en su camino hacia una mejor salud.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar sus preferencias de comunicaciones electrónicas y de papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [فارسی](#), [العربية](#), [日本語](#).

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86196S 0817R

**Item:** E12 Important Notice (O'Neil);  
**Form #:** 86196S (Florida Blue)  
**Letter:** Email follow-up for application  
Acknowledgement letter - Spanish  
**Trigger:** Application acknowledgement  
letter



**Item #:** 47 (O'Neil)  
**Form #:** 85935  
**Trigger:** Enrollment Complete-Binder Due  
**Timing:** 3 days after enrollment has been completed and member has not yet paid a full binder

[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Member ID: <FB Contract Number>**

**Make your first payment to start your benefits.**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Welcome to [@Carrier Name]! Your enrollment is underway and your coverage is scheduled to start on <coverage effective date>.

To stick to that date, make sure <First Payment of (Binder)> is paid **in full** no later than your first day of coverage. Don't miss out on even a day of care: **send your payment today** or risk having to wait until the next enrollment period to get covered!

**Ways to pay**

- *Credit card, debit card or electronic bank transfer:* Call [@customer service number], or pay online at [floridablue.com/paynow](http://floridablue.com/paynow).
- *Check, cashier's check or money order:* Mail your payment, along with your payment coupon, to: Florida Blue, PO Box 660879, Dallas, TX 75266-0879.

**After you pay the above amount**, we'll mail out your member ID cards. And if you're signed up for email alerts, watch your inbox for a link to a quick virtual tour of your benefits and how they work.

*If you've already made your first payment, thank you! Please ignore this reminder.*

We look forward to serving you for years to come!

[@Closing]

Sincerely,

Your Customer Service Team

[@Carrier Name]

85935 0119R

**Subject: Your Florida Blue premium payment is past due!**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that you and any dependents covered on your plan might lose your insurance because we haven't received your monthly payment.

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at **floridablue.com** and select **Pay Your Bill**.
- **By phone:** Please call the Customer Service phone number on your member ID card.

**What will happen if you don't pay and you lose coverage**

- Your coverage will be retroactively canceled, which means you'll have to pay back the cost of any care you received after that date.
- If you had advance payments of the premium tax credit (usually called a subsidy) to help pay for your insurance, you'll have to pay back any subsidy amount received after your coverage cancellation date.
- You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

*If you've already sent in your full payment, thank you!*

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [தமிழ்](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Item #:** EB6 Billing Reminder (everything except monthly invoice) (O'Neil);  
**Form#:** 86199 (Florida Blue)  
**Email:** Follow-up outreach for billing reminder notices other than monthly invoice  
**Triggers:** Initial binder payment due, Past due month 1, 2, 3 and Non-APT, FCL



Item #: 47A (O'Neil)  
Form #: 85935S  
Letter: Initial Payment (Binder) Due Letter  
Trigger: Enrollment Complete – Binder Due  
Timing: 3 days after enrollment is complete but member has not yet paid a full binder

<@Letter date>

[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Número de Identificación de miembro:** <Florida Blue Contract Number>

**Envíenos su primer pago para comenzar sus beneficios.**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

¡Bienvenido (a) a [@Carrier Name]! Su inscripción está siendo procesada y su cobertura está programada para comenzar el <coverage effective date>.

Para que empiece en dicha fecha, asegúrese que su pago de <\$First Payment of (Binder)> sea realizado **por completo** antes del primer día de cobertura. **¡No pierda ni un solo día de cobertura: envíe su pago hoy y no se arriesgue** a tener que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción para obtener cobertura!

### Formas de hacer su pago

- *Puede pagar con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o transferencia de fondos.* Llame al [@customer service number] o pague por Internet en [floridablue.com/paynow](http://floridablue.com/paynow).
- *Con cheque, cheque de gerencia o giro postal (money order):* envíe su pago junto con su cupón de pago a Florida Blue, PO Box 660879, Dallas, TX 75266-0879.

**Después que pague la cantidad mencionada arriba**, le enviaremos sus tarjetas de identificación. Si usted recibe alertas por correo electrónico, revise su correo en el que tendrá un enlace a un video que le hablará de sus beneficios y cómo funcionan.

*Si ya realizó su primer pago, ¡gracias! Por favor ignore este aviso.*

¡Esperamos poder ayudarlo por los próximos años!

Florida Blue HMO es el nombre comercial de Health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de 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.

85935S 0817R

**Item #:** EB15 (O'Neil)

**Form #:** 86199S

**Email:** Follow-up outreach to accompany billing reminder notices other than monthly invoice

**Triggers:** Binder letter, Past due month 1, 2, 3 and non-APTC, FCL past due

**Subject: El pago de su prima de Florida Blue está vencido**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que usted y cualquier dependiente cubierto por su plan podría perder su seguro porque no hemos recibido su pago mensual.

Hay dos formas rápidas para pagar:

- **Por teléfono:** Llame al número de atención al cliente que se encuentra en su tarjeta de miembro.
- **Por internet:** Ingrese a su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y seleccione Pagar tu factura (Pay your bill).

¿Qué pasará si no paga y se pierde la cobertura?

- Su cobertura será cancelada con efecto retroactivo, lo que significa que tendrá que pagar el costo de cualquier atención médica que recibió después de esa fecha.
- Si ha recibido por adelantado el crédito fiscal para la prima (generalmente llamado subsidio) para ayudar a pagar por su seguro, tendrá que pagar el monto del subsidio que ha recibido después de la fecha de cancelación de su cobertura.
- Va a tener que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para inscribirse en otra cobertura de salud a menos que cumpla con criterios especiales, como tener un nuevo bebé, casarse, o mudarse a otro condado.

Si ya ha enviado su pago completo, ¡gracias!

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice)

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

86199S 0817R



HMO

[@ReturnAddress]

**Item #:** 49 (O'Neil)  
**Form #:** 86066  
**Letter:** Binder Cancellation Letter  
**Trigger:** Cancellation due to non-receipt of binder premium  
**Timing:** Generated with standard daily delinquency files (2 days after invoice is due)

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

<@Letter Date>

### Your application has been closed

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

We're writing to let you know we closed your application for coverage because we didn't receive your first full monthly payment.

We'll return any partial payments to you within the next 15 business days.

### Something to keep in mind

If you have had any recent life changes, let us know. You might qualify for a special enrollment period.

-  **Contact** your local Florida Blue agent
-  **Visit** a Florida Blue Center
-  **Call** 1-877-465-1125

Sincerely,

Your Customer Service Team

Florida Blue HMO

Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

**Item #:** EB7 (O'Neil);  
**Form #:** 86200  
**Letter:** Email support for Binder Cancellation Letter  
**Trigger:** Binder Cancellation  
**Timing:** Sent to customers who have not paid their binder and have opted out of paper communications (Two days after invoice due date).

**Subject: Your application has been closed**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know we closed your application for coverage because we didn't receive your first full monthly payment.

We'll return any partial payments to you within the next 15 business days.

### **Something to keep in mind**

If you have had any recent life changes, let us know. You might qualify for a special enrollment period.

-  **Contact** your local Florida Blue agent
-  **Visit** a Florida Blue Center
-  **Call** 1-877-465-1125

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [हिन्दी](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

86200 0817R

**Item #:** 49 (O'Neil)  
**Form #:** 86066S  
**Letter:** Binder Cancellation Letter - Spanish  
**Trigger:** Cancellation due to non-receipt of binder premium  
**Timing:** Generated with standard daily delinquency files (2 days after invoice is due)

[@Return Address]

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

<DATE>

### Su solicitud ha sido cancelada

Estimado(a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que su solicitud para la cobertura de salud ha sido cancelada ya que no recibimos el primer pago completo de la prima.

Le enviaremos un reembolso de cualquier pago parcial dentro de los siguientes 15 días laborales.

### Tenga en cuenta

Si recientemente tuvo algún evento que haya cambiado su vida, déjenos saber. Podría ser elegible para un periodo de inscripción especial.

-  **Comuníquese** con su agente local de Florida Blue
-  **Visite** en Centro Florida Blue
-  **Llame** al 1-877-465-1125

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue HMO

Florida Blue HMO es el nombre comercial de health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

**Asunto: Su solicitud ha sido cancelada.**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

**Item #:** EB16 (O'Neil);  
**Form #:** 86200S  
**Letter:** Email support for Binder Cancellation Letter - Spanish  
**Trigger:** Cancellation due to non-receipt of binder premium  
**Timing:** Sent to customers who have not paid their binder and have opted out of paper communications (Two days after invoice due date).

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Su solicitud para la cobertura de salud ha sido cancelada porque no recibimos el primer pago de la prima.

Le devolveremos cualquier pago parcial dentro de los próximos 15 días hábiles.

**Tenga en cuenta**

Si ha habido algún cambio reciente en su vida, déjenos saber. Podría calificar para un período de inscripción especial.



**Comuníquese con** su agente local de Florida Blue



**Visite** un Centro Florida Blue



**Llame al** 1-877-465-1125

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [فارسی](#), [العربية](#), [日本語](#).

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86200S 0817R



[@Return address]

Item #: 34 (O'Neil)  
Form #: 85931 (Florida Blue)  
Letter: Welcome (w/ID Card)  
Trigger: New Member Enrollment  
Timing: w/In 10-15 days of effectuation

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

<Letter Date>

**Welcome to the [Florida Blue HMO] - (variable by plan type) family!**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Great news! You can start using your benefits on <Member Effective Date>. Get off to a great start with these tips.



**Take a look at your ID cards**

If you have any dependents, they won't be listed on the card. Don't worry: Your doctor or pharmacist can use your member ID to look up everyone your plan covers.



**Once your plan starts, log in to your account at floridablue.com**

You'll be able to print ID cards, check benefits, pay your monthly bill, update account preferences, and find health and wellness resources like member discounts up to 50%.



**Schedule your wellness checkup—there's no copay!**

Get off to a healthy start: Call your primary care doctor to set up your checkup. Together, you'll make a plan for how to live a better, healthier life.



**Make your health plan work for your wallet**

[To keep your costs low, stick with doctors and facilities in the BlueCare network unless it's an emergency. Otherwise, unless it is an emergency, you'll end up paying the whole amount. Also be sure to get prescriptions filled at pharmacies included in your plan. Log in to your member account and read your plan details so you know what kinds of care might need preapproval.]  
(variable by plan type)

If you decide you don't want this coverage, you need to let us know within ten (10) days from the Date of this letter.

[@Closing]

Pursuing health together,  
[Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.] (variable by plan type)

## **Section 1557 Notification: Discrimination is Against the Law**

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (collectively, "Florida Blue"), Florida Combined Life and the Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. We do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life and FEP:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact:

- Florida Blue (health and vision coverage): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (dental, life, and disability coverage): 1-888-223-4892
- Federal Employee Program: 1-800-333-2227

If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

### **Florida Blue (including FEP members):**

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](mailto:section1557coordinator@floridablue.com)

### **Florida Combined Life:**

Civil Rights Coordinator  
17500 Chenal Parkway  
Little Rock, AR 72223  
1-800-260-0331  
1-800-955-8770 (TTY)

[civilrightscordinator@fclife.com](mailto:civilrightscordinator@fclife.com)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <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

**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 1-800-352-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-333-008-1). اتصل برقم 1-7222-333-008.

**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 નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

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

ประเทศไทย: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **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 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

**Baa ákonínzin:** Diné bizaad bee yánílti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíik'eh, ná hóló. Kojj' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojji' hodíílnih 1-800-333-2227.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**This Notice is effective as of September 03, 2013.**

We (Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., d/b/a/ Florida Blue and health Options, Inc., d/b/a FloridaBlue HMO, collectively referred to as Florida Blue in this Notice) understand the importance of, and are committed to, maintaining the privacy of your protected health information (PHI). PHI is health and nonpublic personal financial information that can reasonably be used to identify you and that we maintain in the normal course of either administering your employer's self-insured group health plan or providing you with insured health care coverage and other services. PHI also includes your personally identifiable information that we may collect from you in connection with the application and enrollment process for health insurance coverage.

We are required by applicable federal and state laws to maintain the privacy of your PHI. We are also required to provide you with this Notice which describes our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your PHI. We are required to follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time and to make the terms of our revised Notice effective for all of your PHI that we either currently maintain or that we may maintain in the future. If we make a significant change in our privacy practices, we will post a revised Notice on our web site by the effective date, and provide the revised Notice, or information about the change and how to get the revised Notice, to covered individuals in our next annual mailing.

### **How we protect your PHI:**

- Our employees are trained on our privacy and data protection policies and procedures;
- We use administrative, physical and technical safeguards to help maintain the privacy and security of your PHI;
- We have policies and procedures in place to restrict our employees' use of your PHI to those employees who are authorized to access this information for treatment or payment purposes or to perform certain healthcare operations; and
- Our corporate Business Ethics, Integrity & Compliance division monitors how we follow our privacy policies and procedures.

### **How we must disclose your PHI:**

- **To You:** We will disclose your PHI to you or someone who has the legal right to act on your behalf (your personal representative) in order to administer your 'Individual Rights' under this Notice.

- **To The Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS):** We will disclose your PHI to HHS, if necessary, to ensure that your privacy rights are protected.
- **As Required by Law:** We will disclose your PHI when required by law to do so.

**How we may use and disclose your PHI without your written authorization:**

We may use and disclose your PHI without your written authorization in a number of different ways in connection with your treatment, the payment for your health care, and our health care operations. When using or disclosing your PHI, or requesting your PHI from another entity, we will make reasonable efforts to limit such use, disclosure or request, to the extent practicable, to the minimum necessary to accomplish the intended purpose of such use, disclosure or request. The following are only a few examples of the types of uses and disclosures of your PHI that we may make without your written authorization.

- **For Treatment:** We may use and disclose your PHI as necessary to aid in your treatment or the coordination of your care. For example, we may disclose your PHI to doctors, dentists, hospitals, or other health care providers in order for them to provide treatment to you.
- **For Payment:** We may use and disclose your PHI to administer your health benefits policy or contract. For example, we may use and disclose your PHI to pay claims for services provided to you by doctors, dentists or hospitals. We may disclose your PHI to a health care provider or another health plan so that the provider or plan may obtain payment of a claim or engage in other payment activities.
- **To Family, Friends, and Others for Treatment or Payment:** Our disclosure of your PHI for the treatment and payment purposes described above may include disclosures to others who are involved in your care or the administration of your health benefits policy or contract. For example, we may disclose your PHI to your family members, friends or caregivers if you direct us to do so or if we exercise professional judgment and determine that they are involved in either your care or the administration of your health benefits policy. We may send an explanation of benefits to the policyholder, which may include claims paid and other information. We may determine that persons are involved in your care or the administration of your health benefits policy if you either agree or fail to object to a disclosure of your PHI to such persons when given an opportunity. In an emergency or in situations where you are incapacitated or not otherwise present, we may disclose your PHI to your family members, friends, caregivers or others, when the circumstances indicate that such disclosure is authorized by you and is in your best interests. In these situations we will only disclose your PHI that is relevant to such other person's involvement in your care or the administration of your health benefits policy.
- **For health Care Operations:** We may use and disclose your PHI to support other business activities. For example, we may use or disclose your PHI to conduct quality assessment and improvement activities, to conduct fraud and abuse investigations, to engage in care coordination or case management, or to communicate with you about health related benefits, products or services or treatment alternatives that may be of interest to you. We may also disclose your PHI to another entity subject to federal privacy laws, as long as the entity has or had a relationship with you and the PHI is disclosed only for certain health care operations of that provider, plan, or other entity. We may use and disclose your PHI as needed to conduct or arrange for legal services, auditing, or other functions. We may also use and disclose your PHI to perform underwriting activities, however, we are prohibited from using or disclosing your genetic information for underwriting purposes.

**To Business Associates for Treatment, Payment or health Care Operations:** Our use of your PHI for treatment, payment or health care operations described above (or for other uses or disclosures described in this Notice) may involve our disclosure of your PHI to certain other entities with which we have contracted to perform or provide certain services on our behalf (Business

Associates). We may allow our Business Associates to create, receive, maintain, or transmit your PHI on our behalf in order for the Business Associate to provide services to us, or for the proper management and administration of the Business Associate or to fulfill the Business Associate's legal responsibilities. These Business Associates include lawyers, accountants, consultants, claims clearinghouses, and other third parties. Our Business Associates may re-disclose your PHI to subcontractors in order for these subcontractors to provide services to the Business Associates. These subcontractors will be subject to the same restrictions and conditions that apply to the Business Associates. Whenever such arrangement with a Business Associate involves the use or disclosure of your PHI, we will have a written contract with our Business Associate that contains terms designed to protect the privacy of your PHI.

- **For Public health and Safety:** We may use or disclose your PHI to the extent necessary to avert a serious and imminent threat to the health or safety of you or others. We may also disclose your PHI for public health and government health care oversight activities and to report suspected abuse, neglect or domestic violence to government authorities.
- **As Permitted by Law:** We may use or disclose your PHI when we are permitted to do so by law.
- **For Process and Proceedings:** We may disclose your PHI in response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other lawful process.
- **Criminal Activity or Law Enforcement:** We may disclose your PHI to a law enforcement official with regard to crime victims and criminal activities. We may disclose your PHI if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health and safety of a person or the public. We may also disclose your PHI if it is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual.
- **Special Government Functions:** When the appropriate conditions apply, we may use or disclose PHI of individuals who are Armed Forces personnel (i) for activities deemed necessary by appropriate military command authorities; (ii) for the purpose of determination by the Department of Veterans Affairs of your eligibility for benefits, or (iii) to foreign military authorities if you are a member of that foreign military service. We may also disclose your PHI to authorized federal officials for conducting national security and intelligence activities, including the provision of protective services to the President or others legally authorized to receive such governmental protection.
- **Inmates:** We may use or disclose your PHI if you are an inmate of a correctional facility and your physician created or received your PHI in the course of providing care to you.
- **To Plan Sponsors, if applicable (including employers who act as Plan Sponsors):** We may disclose enrollment and disenrollment information to the plan sponsor of your group health plan. We may also disclose certain PHI to the plan sponsor to perform plan administration functions. We may disclose summary health information to the plan sponsor so that the plan sponsor may either obtain premium bids or decide whether to amend, modify or terminate your group health plan. Please see your plan documents, where applicable, for a full explanation of the limited uses and disclosures that the plan sponsor may make of your PHI in providing plan administration functions for your group health plan.
- **For Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation:** We may disclose your PHI to a coroner or medical examiner for identification purposes, determining cause of death or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose PHI to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out his or her duties. We may disclose such information in reasonable anticipation of death. PHI may be used and disclosed for cadaveric organ, eye, or tissue donation purposes.

- **Research:** We may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research purposes and established protocols to ensure the privacy of your PHI, or as otherwise permitted by federal privacy law.
- **Fundraising:** We may use your PHI to contact you in order to raise funds for our benefit. You have the right to opt out of receiving such communications.
- **Limited data sets and de-identified information:** We may use or disclose your PHI to create a limited data set or de-identified information, and use and disclose such information as permitted by law.
- **For Workers' Compensation:** We may disclose your PHI as permitted by workers' compensation and similar laws.

**Uses and disclosures of PHI permitted only after authorization is received:**

We will obtain your written authorization, as described below, for: (i) uses and disclosures of your PHI for marketing purposes, including subsidized treatment communications (except for certain activities otherwise permitted by federal privacy law, such as face-to-face communications or promotional gifts of nominal value); (ii) disclosures of your PHI that constitute a sale of PHI under federal privacy law and that requires your authorization; and (iii) other uses and disclosures of your PHI not described in this Notice.

There are also other federal and state laws that may further restrict our disclosure of certain PHI (to the extent we maintain such information) that is deemed highly confidential. Highly confidential PHI may include information pertaining to:

- psychotherapy notes;
- alcohol and drug abuse prevention, treatment and referral;
- HIV/AIDS testing, diagnosis or treatment;
- sexually transmitted diseases; and
- genetic testing.

Our intent is to meet the requirements of these more stringent privacy laws and we will only disclose this type of specially protected PHI with your prior written authorization except when our disclosure of this information is permitted or required by law.

**Authorization:** You may give us written authorization to use your PHI or disclose it to anyone for any purpose not otherwise permitted or required by law. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosure permitted by your authorization while it was in effect. In the event that you are incapacitated or are otherwise unable to respond to our request for an authorization, (for example, if you are or become legally incompetent), we may accept an authorization from any person who is legally authorized to give such authorization on your behalf.

**Individual Rights:**

*To exercise any of these rights, please call the customer service number on your ID card.*

- **Access:** With limited exceptions, you have the right to inspect, or obtain copies of, your PHI. We may charge you a reasonable fee as permitted by law. We will provide you a copy of your PHI in the form and format requested, if it is readily producible in such form or format or, if not, in a readable hard copy form or such format as agreed to by you and us. Where your PHI is contained in one or more designated record sets electronically, you have the right to obtain a copy of such information in the electronic form and format requested, if it is readily producible in such form and format; or if not, in a readable electronic form and format as

agreed to by us and you. You may request that we transmit the copy of your PHI directly to another person, provided your request is in writing, signed by you, and you clearly identify the designated person and where to send the copy of the PHI.

- **Amendment:** With limited exceptions, you have the right to request that we amend your PHI.
- **Disclosure Accounting:** You have the right to request and receive a list of certain disclosures made of your PHI. If you request this list more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable fee as permitted by law to respond to any additional request.
- **Use/Disclosure Restriction:** You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your PHI for certain purposes. We are required to agree to a request to restrict the disclosure of your PHI to a health plan if you submit the request to us and: (i) the disclosure is for purposes of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law; and (ii) the PHI pertains solely to a health care item or service for which you, or a person on your behalf other than the health plan, has paid the covered entity out-of-pocket in full. We may not be required to agree to all other restriction requests and, in certain cases; we may deny your request. We will agree to restrict the use or disclosure of your PHI provided the law allows and we determine the restriction does not impact our ability to administer your benefits. Even when we agree to a restriction request, we may still disclose your PHI in a medical emergency and use or disclose your PHI for public health and safety and other similar public benefit purposes permitted or required by law.
- **Confidential Communication:** You have the right to request that we communicate with you in confidence about your PHI at an alternative address. When you call the customer service number on your ID card to request confidential communications at an alternative address, please ask for a "PHI address."

Note: If you choose to have confidential communications sent to you at a PHI address, we will only respond to inquiries from you. If you receive services from any health care providers, you are responsible for notifying those providers directly if you would like a PHI address from them.

- **Privacy Notice:** You have the right to request and receive a copy of this Notice at any time. For more information or if you have questions about this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.
- **Breach:** You have the right to receive, and we are required to provide, written notification of a breach where your unsecured PHI has been accessed, used, acquired, or disclosed to an unauthorized person as a result of such breach, and which compromises the security or privacy of your PHI. Unless specified in writing by you to receive the notification by electronic mail, we will provide such written notification by first class mail or, if necessary, by such other substituted forms of communication permitted under the law.
- **Paper Copy:** You have the right to receive a paper copy of this Notice, upon request, even if you have previously agreed to receive the Notice electronically.

## **Complaints**

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address for the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to protect the privacy of your PHI. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

**Contact: Business Ethics, Integrity & Compliance**

Florida Blue

PO Box 44283

Jacksonville, FL32203-4283

1-888-574-2583

Si usted desea una copia de esta notificación en español, por favor comuníquese con un representante de servicio al cliente utilizando el número telefónico indicado en su tarjeta de asegurado.



An Independent Licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

## **Notice Regarding Coverage for Breast Reconstruction Surgery**

If you have to have a mastectomy, your breast reconstruction surgery is covered under your health coverage. It can be done at the same time as the mastectomy or later. You are covered for both the reconstruction of the breast on which the mastectomy is performed, as well as the other breast to produce a symmetrical appearance. In addition, your health plan covers prosthesis and treatment of physical complications at all stages of the mastectomy, including lymphedema. The type of procedure is determined in consultation between you and your attending physician. Coverage is subject to the terms of your contract.

20764 0913R

**Form #:** 88976 0617  
**Letter:** Prior Authorization Notice  
For PPO Members Only  
**Trigger:** New Member Fulfillment  
**Timing:** Upon enrollment completion; sent along  
with new member's ID card



## Notice Regarding Prior Authorization (Pre-Approval) of Medical and Pharmacy Services

### MAKE SURE YOUR SERVICES ARE COVERED – GET PRE- APPROVAL

For some health care services, drugs or treatments, your doctor needs to get pre-approval before they will be covered by your plan. Talk with your doctor to be sure they received a pre-approval before your care. If your doctor does not get a pre-approval for these services, they may not be covered by your plan. You may be responsible for the entire cost.

Go to [floridablue.com/authorization](http://floridablue.com/authorization) or log in to your member account for the updated list of services that need a pre-approval. If you'd like a copy of this list, give us a call at 877-352-2583.

Health insurance is offered by Florida Blue, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Florida Blue does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan(s), including enrollment and benefit determinations.

88976 0617

**Subject:** Good news! Your member ID cards are on the way

**Item:** EB1 (O'Neil);  
**Form #:** 86193 FB  
**Letter:** Email notice for new enrollment  
**Trigger:** new dental or health ID cards have been requested.

**Member ID:** <Florida Blue Contract Number>

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

The ID cards you requested are on their way to you now.

If you need a copy of your card before it arrives in the mail, you can always sign in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) to print a copy. Or, download the Florida Blue app to a smartphone or tablet to view your card 24/7.

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español, Kreyol Ayisien, Tiếng Việt, Português, 中文, français, Tagalog, русский, italiano, Deutsche, 한국어, Polskie, Gujarti, ไทย, العربية, 日本語, فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

86193 0817R



[@ReturnAddress]

Item #:34A (O'Neil)  
Form #: 85931S  
Letter: Welcome (w/IDCard)  
Trigger: New Member Enrollment-Spanish  
language pref.  
Timing: w/in 10-15 days of effectuation

<Member First Name> <Member Last Name>  
<address>  
<City>, <State> <Zip Code>

<DATE>

## Su nuevo plan de salud

### Número de identificación de miembro: <HCCIDnumber>

Estimado(a) <Member First Name> <Member LastName>:

Gracias por confiar sus necesidades de atención médica a Florida Blue. Adjunto encontrará las tarjetas de identificación de su plan de salud. Se dará cuenta que los dependientes (de haber alguno) no aparecen. Su médico de atención primaria o farmacéutico verificará en su tarjeta de identificación las personas que están cubiertas por su plan.

Una vez que comience su plan, puede encontrar su folleto de beneficios al iniciar sesión en su cuenta de miembro de [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es). Si prefiere que le enviemos su póliza por correo, llámenos al número de 1- 800-352-2583; TTY/TDD: please call 1-800-955-8773.

### Cómo aprovechar al máximo su cobertura de salud:

- **Inicie sesión en su cuenta de miembro personalizada en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es)** Reciba en su teléfono, tableta o computadora respuestas rápidas y fáciles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre detalles sobre su cobertura y reclamaciones, médicos en su plan de salud, descuentos exclusivos para miembros y mucho más. Tenga acceso a sus tarjetas de identificación, pague sus facturas, actualice su información personal y configure sus comunicaciones electrónicas.
- **Programe sus citas de atención preventiva.** Una visita al médico es una de las cosas más importantes que puede hacer para mantenerse en el camino hacia una mejor salud. No hay costo adicional para las visitas preventivas de rutina, incluyendo chequeos anuales, mamografías, colonoscopias, visitas de rutina para niños e inmunizaciones. Estos servicios están cubiertos al 100%, incluso antes de que alcance su deducible, si visita a un médico dentro de la red de Florida Blue HMO.
- **Puede ser necesaria una autorización previa.** Usted es responsable de asegurarse que su médico tenga una autorización antes de que usted reciba ciertos servicios cubiertos por su plan de salud. Estos servicios incluyen, pero no se limitan, a diagnósticos por imágenes, medicinas de farmacia médica seleccionadas, estudios del sueño, servicios para la espina dorsal y radiación oncológica. A menos de que sea una emergencia, usted podría ser responsable del costo completo si no tiene autorización previa. Consulte su contrato o el manual del miembro, así como también [floridablue.com/authorization](http://floridablue.com/authorization) si necesita más información.
- **Conozca a su médico de cabecera.** Su médico de cabecera le proporcionará los servicios médicos de rutina y le ayudará a coordinar otros tipos de servicios. **Si no visita primero a su médico de cabecera, tendrá que pagar el costo total de los servicios médicos (a menos que**

**sea una emergencia).**

- Si no seleccionó un médico de cabecera cuando se inscribió, seleccionamos uno por usted. Pronto recibirá una carta con la información de contacto del médico. De todas formas, si prefiere otro médico de cabecera de myBlue, puede hacer el cambio en cualquier momento.

**Recuerde que debe llamarnos si se muda.** Su plan BlueCare está disponible solamente en ciertos condados y podríamos tener que ayudarlo a encontrar otro plan de salud.

**Cuente con nosotros en su camino hacia una mejor salud.** Si tiene alguna pregunta, puede encontrar más información al iniciar sesión en la cuenta de miembro de [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) o puede llamar al 1-800- 352-2583. También puede visitarnos en un centro Florida Blue (encuentre las ubicaciones en [floridablue.com/centers](http://floridablue.com/centers))

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente Florida Blue HMO

Florida Blue HMO es el nombre comercial de Health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

¿Tiene alguna discapacidad? Llame al 1-800-352-2583 (TTY 1-800-955-8773) para recibir ayuda de forma gratuita.

## **Notificación de la sección 1557: La discriminación es en contra de la ley.**

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos 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.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

- Proporcionan ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame a:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (cobertura dental, de vida y discapacidad): 1-888-223-4892
- Federal Employee Program (FEP): 1-800-333-2227

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

### **Florida Blue (incluyendo miembros 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

### **Florida Combined Life:**

Civil Rights Coordinator  
17500 Chenal Parkway  
Little Rock, AR 72223  
1-800-260-0331  
1-800-955-8770 (TTY)  
civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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>, por correo postal o por teléfono:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019  
1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo 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

**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 1-800-352-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 0778-559-008-1. 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](tel:1-800-352-2583) (TTY: [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)). FEP: ફોન કરો [1-800-333-2227](tel:1-800-333-2227)

ประกาศ:ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 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 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

**Baa ákonínzin:** Diné bizaad bee yánílti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojí' hodílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojí' hodílnih 1-800-333-2227.



An Independent Licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

Item #: 35A (O'Neil)  
Form #: 20764S 0617R BCA  
Letter: Spanish version of WHCRA  
Notice: Privacy, Rights and Breast Reconstruction  
(Compliance)  
Trigger: New Member Fulfillment  
Timing: Upon enrollment completion

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON ATENCIÓN.

**Esta notificación entrará en vigencia a partir del 3 de septiembre de 2013.**

Nosotros (Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO, y BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred HMO, denominada de manera colectiva Florida Blue en esta Notificación) comprendemos la importancia de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI, protected health information) y nos comprometemos a hacerlo. La PHI es información de salud y financiera personal que no es pública, que se puede usar de manera razonable para identificarlo y que conservamos durante el transcurso normal de la administración del plan de salud grupal autoasegurado de su empleador o la prestación de cobertura de seguro de atención médica y otros servicios. Además, la PHI incluye información identificable en términos personales que podemos reunir sobre usted en relación con el proceso de solicitud e inscripción para la cobertura del seguro médico.

Las leyes federales y estatales correspondientes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Además, debemos entregarle esta Notificación que describe nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a la PHI. Debemos cumplir con las prácticas de privacidad descritas en esta Notificación mientras se encuentre en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento, así como también de hacer efectivos los términos de nuestra Notificación actualizada para toda la PHI que conservamos actualmente o que podamos conservar en el futuro. Si hacemos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una Notificación revisada en nuestro sitio web en la fecha de entrada en vigencia y enviaremos en nuestro próximo correo anual la Notificación actualizada o la información sobre el cambio y cómo obtener la Notificación revisada, a las personas con cobertura.

#### **Cómo protegemos su PHI**

- Nuestros empleados reciben capacitación sobre las políticas y los procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Utilizamos dispositivos de seguridad administrativos, físicos y técnicos para mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.

- Implementamos políticas y procedimientos para restringir el uso de su PHI a empleados con autorización para acceder a dicha información para fines del tratamiento o pago, o para determinadas operaciones de atención médica.
- La división corporativa de Ética, Integridad y Cumplimiento Comercial supervisa la manera en que cumplimos con las políticas y los procedimientos de privacidad.

### **Cómo debemos revelar su PHI**

- **Para usted:** Revelaremos su PHI a usted o a quien tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para poder administrar sus "derechos individuales" según esta Notificación.
- **Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS):** Revelaremos su PHI al HHS, si fuera necesario, para garantizar que se protejan sus derechos de privacidad.
- **Según lo exija la ley:** Revelaremos su PHI cuando la ley así lo requiera.

### **Cómo podríamos usar y revelar la PHI sin su autorización por escrito**

Podemos usar y revelar la PHI sin su autorización por escrito de varias formas en relación con su tratamiento, el pago de la atención médica y nuestras operaciones de atención médica. Cuando se use o revele su PHI, o si la solicita otra entidad, haremos todo esfuerzo razonable para limitar dicho uso, revelación o solicitud, en la medida posible, hasta el mínimo necesario para cumplir con el propósito deseado. Los siguientes son solo algunos ejemplos de los tipos de uso y revelaciones de la PHI que podemos hacer sin su autorización por escrito.

- **Para el tratamiento:** Podemos usar y revelar su PHI, según sea necesario, para asistir en el tratamiento o la coordinación de los servicios. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a médicos, odontólogos, hospitales u otros proveedores de atención médica para que puedan brindarle tratamiento.
- **Para el pago:** Podemos usar y revelar la PHI para administrar su póliza o contrato de beneficios médicos. Por ejemplo, podemos usar y revelar su PHI para pagar reclamaciones por servicios que le brindaron médicos, odontólogos u hospitales. Podemos revelar su PHI a un proveedor de atención médica o a otro plan de salud para que estos puedan obtener el pago de una reclamación o participar en otras actividades de pago.
- **A familiares, amigos u otras personas para el tratamiento o pago:** La revelación de su PHI con fines de tratamiento y pago descritos anteriormente puede incluir revelaciones a otras personas que participen en su atención o la administración de su póliza o contrato de beneficios médicos. Por ejemplo, podemos revelar la PHI a sus familiares, amigos o personas a cargo de su atención si nos pide que lo hagamos o si ejercemos el juicio profesional y determinamos que ellos están involucrados, ya sea en su atención o la administración de su póliza de beneficios médicos. Podemos enviar una explicación de los beneficios al asegurado, que podría incluir las reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas participan en su atención o la administración de su póliza de beneficios médicos, ya sea que usted acepte o no pueda objetar la revelación de su PHI a dichas personas cuando se presente la oportunidad. Cuando suceda una emergencia o no esté capacitado o no pueda estar presente, podríamos revelar la PHI a sus familiares, amigos, cuidadores u otras personas cuando las circunstancias indiquen que dicha revelación está autorizada por usted y es para su beneficio. En estas situaciones, solo revelaremos la PHI que sea relevante para la participación de dichas personas en su atención o la administración de su póliza de beneficios médicos.

- Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y revelar su PHI para llevar a cabo otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar o revelar su PHI para llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad; conducir investigaciones de fraude y abuso; participar en la coordinación de la atención o administración de casos; o comunicarnos con usted acerca de los beneficios, productos o servicios relacionados con la salud o las alternativas de tratamientos que podrían interesarle. Además, podemos revelar su PHI a otra entidad de acuerdo a las leyes federales de privacidad, siempre que la entidad tenga o haya tenido una relación con usted y que la PHI se revele solo para determinadas operaciones de atención médica de dicho proveedor, plan u otra entidad. Podemos usar y revelar su PHI, según sea necesario, para llevar a cabo o coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. Además, podemos usar y revelar su PHI para llevar a cabo actividades de valoración médica. Sin embargo, se nos prohíbe usar o revelar su información genética para fines de valoración médica.
- A los asociados comerciales para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica:** Nuestro uso de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o revelaciones descritos en esta Notificación) puede incluir que la revelemos a ciertas entidades con las que hemos celebrado contratos para llevar a cabo o brindar servicios en nuestro nombre (asociados comerciales). Podemos permitir que los asociados comerciales creen, reciban, mantengan o transmitan su PHI en nuestro nombre para brindarnos servicios, la administración adecuada del asociado comercial o cumplir con las responsabilidades legales del mismo. Estos asociados comerciales incluyen abogados, contadores, consultores y cámaras de compensaciones para reclamaciones, entre otros. Los asociados comerciales pueden, a su vez, revelar la PHI a subcontratistas para que estos brinden servicios a los asociados comerciales. Los subcontratistas se encontrarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que aplican a los asociados comerciales. Cada vez que un acuerdo con un asociado comercial suponga el uso o la revelación de su PHI, celebraremos un contrato por escrito con nuestro asociado comercial que incluya los términos diseñados para proteger la privacidad de su PHI.
- Para la salud y seguridad públicas:** Podemos usar o revelar su PHI, en la medida en que sea necesario, para prevenir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o la de otras personas. También podemos revelar su PHI para actividades de supervisión de atención médica del gobierno y de salud pública y para informar a las autoridades gubernamentales sobre un supuesto abuso, descuido o violencia doméstica.
- Según lo permita la ley:** Podemos usar o revelar su PHI cuando la ley nos permita hacerlo.
- Para procesos y procedimientos:** Podemos revelar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal.
- Actividad delictiva o cumplimiento de la ley:** Podemos revelar su PHI a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley con respecto a víctimas de delitos y actividades delictivas. Podemos revelar su PHI si creemos que el uso o la revelación son necesarios para evitar o reducir una amenaza grave e inminente para la salud y seguridad de una persona o del público. Además, podemos revelar su PHI, si fuera necesario, a las autoridades a cargo del cumplimiento de la ley con el fin de identificar o apresar a una persona.

- **Funciones gubernamentales especiales:** Cuando se apliquen las condiciones adecuadas, podemos usar o revelar la PHI de quienes pertenezcan a las Fuerzas Armadas (i) para actividades que las autoridades de mando militar adecuadas consideren necesarias; (ii) a los fines de la determinación de elegibilidad para los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos; o (iii) a las autoridades militares extranjeras si usted fuera miembro de dicho servicio militar extranjero. Además, podemos revelar su PHI a los funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades nacionales de seguridad e inteligencia, incluida la prestación de servicios de protección al presidente o a otras personas legalmente autorizadas para recibir dicha protección gubernamental.
- **Presos:** Podemos usar o revelar su PHI si estuviera preso en un establecimiento correccional y su médico creara o recibiera su PHI mientras le brinda atención.
- **A los patrocinadores del plan, si correspondiera (incluidos los empleadores que actúan como patrocinadores del plan):** Podemos revelar información sobre la inscripción y cancelación de la inscripción al patrocinador del plan de su plan de salud grupal. También podemos revelar cierta PHI al patrocinador del plan para que este lleve a cabo funciones administrativas. Podemos revelar información médica en resumen al patrocinador del plan para que este pueda obtener ofertas de primas o decidir si enmienda, modifica o finaliza su plan de salud grupal. Consulte los documentos del plan, cuando corresponda, para obtener una explicación completa de los usos y las revelaciones limitados que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI al desempeñar funciones administrativas del plan para su plan de salud grupal.
- **Para los médicos forenses, los directores de funerarias y la donación de órganos:** Podemos revelar su PHI a un médico forense o examinador a los fines de la identificación y determinación de la causa de muerte o para que se lleven a cabo otras tareas autorizadas por la ley. Además, podemos revelar la PHI al director de una funeraria, si lo autoriza la ley, para permitirle llevar a cabo su trabajo. Podemos revelar dicha información si se espera que la persona fallezca. Se puede usar y revelar la PHI a los fines de la donación cadavérica de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación:** Podemos revelar su PHI a investigadores cuando la investigación haya sido aprobada por que haya supervisado los objetivos de la investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su PHI o como lo permita la ley federal de privacidad.
- **Recaudación de fondos:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene el derecho de elegir que no desea recibir esas comunicaciones.
- **Grupos limitados de datos e información de eliminación de la identificación:** Podemos usar o revelar su PHI para crear un conjunto limitado de datos o información de eliminación de la identificación y usar o revelar esa información como lo permita la ley.
- **Para la Compensación de Trabajadores:** Podemos revelar su PHI según lo permita la Ley de Compensación de Trabajadores y leyes similares.

### **Usos y revelaciones de PHI permitidos solo después de recibir autorización**

Obtendremos su autorización por escrito en los casos descritos a continuación: (i) los usos y las revelaciones de su PHI a los fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamiento subsidiado (excepto para determinadas actividades permitidas de otro modo por la ley federal de privacidad, tal como las comunicaciones cara a cara o los obsequios promocionales de valor nominal); (ii) las revelaciones de su PHI que constituyen una venta de la PHI según la ley federal de privacidad y que requieren su autorización; y (iii) otros usos y revelaciones de su PHI que no están descritos en

esta Notificación.

Existen también otras leyes federales y estatales que pueden restringir aun más nuestra revelación de determinada PHI (en la medida en que mantengamos dicha información) que se considere altamente confidencial. La PHI altamente confidencial puede incluir información con respecto a:

- notas de psicoterapia
- prevención, tratamiento y referidos por abuso de alcohol y drogas
- análisis, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA
- enfermedades de transmisión sexual
- pruebas genéticas

Nuestra intención es cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más rigurosas. Solo revelaremos este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley permita o exija que revelemos esta información.

**Autorización:** Nos puede dar una autorización por escrito para usar o revelar su PHI a cualquier persona para propósitos que la ley no permita ni exija. Si nos entrega una autorización, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará los usos o las revelaciones permitidos por su autorización mientras se encuentre en vigencia. En caso de que esté incapacitado o no pueda responder a nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si lo declaran legalmente incompetente), podemos aceptar una autorización de cualquier persona que esté legalmente autorizada para otorgar dicha autorización en su representación.

#### **Derechos individuales:**

*Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número de atención al cliente de su tarjeta de identificación.*

- **Acceso:** Con excepciones limitadas, tiene derecho a inspeccionar u obtener copias de su PHI. Es posible que cobremos un cargo razonable según lo permita la ley. Le entregaremos una copia de su PHI en el formato solicitado si está fácilmente disponible en ese formato. De lo contrario, se la entregaremos un formato impreso legible, según lo acordado. Cuando su PHI se encuentre en uno o más conjuntos de registros designados electrónicamente, tiene el derecho de obtener una copia de dicha información en el formato electrónico solicitado si está fácilmente disponible en dicho formato. De lo contrario, se la entregaremos en un formato electrónico legible, según lo acordado. Puede solicitar que enviemos la copia de su PHI directamente a otra persona, a condición de que haga su solicitud por escrito y la firme, y que claramente identifique a la persona designada y dónde se debe enviar la copia de la PHI.
- **Enmienda:** Con excepciones limitadas, usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su PHI.
- **Detalle de las revelaciones:** Usted tiene derecho a solicitar y recibir una lista de determinadas revelaciones de su PHI que se han llevado a cabo. Si solicita esta lista más de una vez durante un lapso de 12 meses, es posible que cobremos un cargo razonable, según lo permita la ley, para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción en el uso y la revelación:** Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la revelación de su PHI para determinados fines. Debemos aceptar una solicitud para restringir la revelación de su PHI a un plan de salud si nos envía la solicitud y: (i) la revelación es para llevar a cabo operaciones de pago o atención médica y no es exigida por la ley, y (ii) la PHI se refiere exclusivamente a un elemento o servicio de atención médica para el cual usted o quien

actúe en su representación, que no sea el plan de salud, haya pagado por completo a la entidad cubierta un monto en efectivo. Es posible que no tengamos la obligación de aceptar todas las demás solicitudes de restricción y, en algunos casos, podemos negar su pedido. Aceptaremos restringir el uso o la revelación de su PHI si la ley lo permite y si determinamos que la restricción no afecta nuestra capacidad de administrar sus beneficios. Aunque aceptemos una solicitud de restricción, es posible que revelemos su PHI en una emergencia médica y que la usemos o revelemos para fines de salud y seguridad públicas y otros propósitos de beneficios públicos similares, permitidos o exigidos por la ley.

- **Comunicación confidencial:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su PHI a una dirección alterna. Si llama al número de atención al cliente que figura en la tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alterna, solicite una "dirección de PHI".  
Nota: Si decide recibir comunicaciones confidenciales en una dirección de PHI, solo responderemos a las consultas que usted nos haga. Si recibe servicios de algún proveedor de atención médica, usted es responsable de notificar a esos proveedores directamente si desea que ellos se comuniquen a una dirección de PHI.
- **Notificación de privacidad:** Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, comuníquese con nosotros usando la información que se encuentra al final de esta Notificación.
- **Infracción:** Tiene derecho a recibir, y nosotros debemos proporcionarle, Notificación por escrito de una infracción si se accedió, usó, adquirió o reveló su PHI de forma no segura a una persona no autorizada como resultado de dicha infracción y que comprometa la seguridad o privacidad de su PHI. Excepto que usted especifique por escrito que desea recibir la Notificación por correo electrónico, enviaremos la Notificación por escrito por correo certificado o, si fuera necesario, por otra forma de comunicación permitida por la ley que la reemplace.
- **Copia impresa:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación, si la solicita, incluso si previamente ha aceptado recibirla de manera electrónica.

## Reclamaciones

Si considera que violamos sus derechos de privacidad puede presentarnos una reclamación con la información de contacto que se encuentra al final de esta Notificación. También puede enviar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Le proporcionaremos la dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una reclamación ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

## Contacto: Business Ethics, Integrity & Compliance

Florida Blue  
PO Box 44283  
Jacksonville, FL 32203-4283  
1-888-574-2583

If you wish to obtain a copy of this notice in English, please call the customer service number listed on your ID card and speak to a representative.

Este documento es una traducción de 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.



An Independent Licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

### **Nota respecto a la cobertura para la cirugía de reconstrucción de pecho**

Si debe someterse a una mastectomía, su cirugía de reconstrucción de seno está cubierta bajo su cobertura de salud. Puede hacerse al mismo tiempo o después de la mastectomía. Se cubrirá la reconstrucción del seno en el cual se practica la mastectomía y también el otro seno para lograr una apariencia de simetría. Además, su plan de salud cubre la prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema. El tipo de procedimiento se determina entre usted y su médico. La cobertura está sujeta a los términos de su contrato.

**Form #:** 88976 0617  
**Letter:** Prior Authorization Notice  
For PPO Members Only  
**Trigger:** New Member Fulfillment  
**Timing:** Upon enrollment completion; sent along  
with new member's ID card



## Notificación acerca de la autorización previa (pre autorización) para servicios médicos y de farmacia

### Asegúrese que los servicios estén cubiertos - Obtenga una pre aprobación

Para algunos servicios médicos, medicinas o tratamientos, su médico deberá obtener una pre aprobación antes de que el servicio sea cubierto por su plan. Hable con su médico para asegurarse que haya recibido una pre aprobación antes de recibir el servicio. Si su médico no obtiene una pre aprobación para estos servicios, puedes ser que no estén cubiertos por su plan. Usted puede ser responsable por estos costos.

Visite [floridablue.com/authorization](http://floridablue.com/authorization) o inicie sesión en su cuenta de miembro para obtener una lista actualizada de los servicios que necesitan una pre aprobación. Si dese obtener una copia de la lista, llámenos al 877-352-2583.

Florida Blue, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece el seguro de salud.

Florida Blue no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, o estado de salud en la administración del plan, que incluye la inscripción y la determinación de sus beneficios.

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

Item #: EB10  
Form #: 86193S  
Letter: Email notice for new enrollment  
Trigger: New health plan ID cards have been requested

(Subject: Your new member ID cards are on the way)

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado(a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Las tarjetas de miembro que solicitó ya fueron enviadas.

Si necesita una copia de su tarjeta antes de recibirla, puede iniciar sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) para imprimir una copia de su tarjeta. O puede descargar la aplicación de Florida Blue en su teléfono móvil o en su tableta para ver sus tarjetas en todo momento.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86193S 0817R

**Item #** EB2: O'Neil;

**Form #:** 86194

**Letter:** Email – Policy Documents are Ready

**Trigger:** Mail of or availability of these docs in the customer's online member account: Welcome/onboarding, Dental and Health Benefits, lists of services, fulfillment kits, welcome brochure, privacy notice, policy with schedule of benefits, outline of coverage, participating docs/dentists, member contract booklet, total health amendment (pending) contract documents, breast reconstruction and privacy notice

**Subject: New information about your plan benefits**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that you have a new message in "My Documents" regarding your plan benefits.

[Log in](#) to your member account and to read all about it.

If you have questions or would rather get this information by mail, call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [ไทย](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

86194 0817R

**Item #:** EB4 (O'Neil)  
**Form #:** 86197 (Florida Blue)  
**Letter:** Email alert of legal notice available (Compliance)  
**Trigger:** New Member Fulfillment, Required notice of breast reconstruction and privacy notice after welcome kit  
**Timing:** Fulfillment materials ready; sent along with other pertinent fulfillment materials

**Subject: Annual required notices**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that this year's batch of required legal and privacy notices are ready for you to view. If you have not chosen to receive online or electronic communications, you will receive these documents in the mail.

Have questions? You can search online anytime, or call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Item #:** N/A

**Form #:** 110

**Letter:** Docs ready online postcard  
**Trigger:** New documents  
available online

**Timing:** Discontinued as of  
2/16/2018

New information is waiting for you at  
**floridablue.com.**

*Florida Blue* 

Enrollment & Billing Department  
Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236  
Jacksonville, FL 32231-  
4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE PAID  
FLORIDA BLUE

Hello,

We've been trying to email you, but couldn't reach you. There's new information waiting for you in your account at **floridablue.com**. To see what's new, simply log in and go to "**My Documents**."

**To make sure you get updates by email:**

1. Log in at floridablue.com. Click **New Member Registration** if you haven't signed up yet.
2. **After you log in, click the My Account button at the top right of your screen.**
3. Add or update your email address, and click **Submit**.
4. Check your inbox for an email from Florida Blue. You're not done until you click the link to confirm your address.

**Timing's everything.** If you confirmed your email within the last 10 days, you're all set. Your next alert will be sent by email.

Health insurance is offered by Florida Blue. HMO coverage is offered by Florida Blue HMO, an HMO affiliate of Florida Blue. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. You may access the Nondiscrimination and Accessibility notice at [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice). Espanol, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/languageservices](http://floridablue.com/languageservices).

88638 0217

**Item #** EB11 (O'Neil);  
**Form #:** 86194S Spanish (Florida Blue)  
**Letter:** Email to support policy documents/new enrollment packet  
**Timing:** Upon enrollment setup  
**Trigger:** Mail of or availability of these docs in the customer's online account: Welcome/onboarding, Dental and Health Benefits, lists of services, fulfillment kits, welcome brochure, privacy notice, and policy with schedule of benefits, outline of coverage, participating docs/dentists, member contract booklet, contract documents, breast reconstruction and privacy notice, etc.

(Subject: New information about your health plan benefits)

**Asunto: Nueva información sobre los beneficios de su plan de salud**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que tiene un nuevo mensaje en **"My documents"** (Mis documentos) acerca de los beneficios de su plan.

[Inicie sesión](#) en su cuenta de miembro y léalo.

Si tiene preguntas o prefiere recibir esta información por correo postal, llámenos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro.

Cuente con nosotros en su camino hacia una mejor salud.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

(Subject: Annual required notices)

**Item #** EB13 (O'Neil);  
**Form #:** 86197S (Florida Blue)  
**Letter:** Legal Notices Email- Spanish  
**Trigger:** Required notice of breast reconstruction and privacy notice after welcome kit  
**Subject:** Annual Required notices

**Asunto: Notificaciones anuales requeridas**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number> Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que ya puede ver los avisos legales y de privacidad necesarios para este año. Si no ha elegido recibir comunicaciones por Internet o electrónicas, recibirá estos documentos en el correo.

¿Tiene preguntas? Puede ingresar a Internet en cualquier momento, o llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [فارسی](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86197S 0817R

**Item #:** N/A  
**Form #:** 110A  
**Letter:** Docs Ready Online  
postcard – Spanish  
**Trigger:** New documents  
available online  
**Timing:** Discontinued as of  
2/16/2018

Tienes información nueva esperando  
por ti en tu cuenta

**[floridablue.com/es](https://floridablue.com/es)**

*Florida Blue* 

**HMO**  
Enrollment & Billing Department Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236 Jacksonville, FL 32231-4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE PAID  
FLORIDA BLUE

(261)

## ¡Hola!

Hemos tratado de enviarte un correo electrónico, pero no hemos podido comunicarnos contigo. Tienes información nueva esperando por en tu cuenta de [floridablue.com/es](https://floridablue.com/es). Para verla, solo inicia sesión y ve a "Mis documentos".

### Para asegurarte de recibir las alertas por correo electrónico:

1. Inicia sesión en [floridablue.com/es](https://floridablue.com/es). Si no te has registrado todavía, haz clic en **Registro para miembros nuevos**.
2. En la pantalla de inicio, haz clic en el recuadro verde **Mi cuenta**.
3. Ingresa o modifica tu dirección de correo electrónico y haz clic en **Enviar**.
4. Verifica en tu bandeja de entrada si llegó un correo electrónico de Florida Blue. [Haz clic en el enlace](#) para confirmar tu dirección o de lo contrario no habrás terminado.

**¡Hazlo ahora!** Si confirmaste tu correo electrónico durante los últimos 10 días, ya está todo listo. Tu próxima alerta será enviada por correo electrónico.

Florida Blue ofrece cobertura de salud. Florida Blue HMO, una afiliada HMO de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puedes tener acceso a la Notificación de no discriminación y accesibilidad en [floridablue.com/es/ndnotice](https://floridablue.com/es/ndnotice). Español, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/es/languageservices](https://floridablue.com/es/languageservices).



**Item #:** 37Y (O'Neil)  
**Form #:** 86009  
**Letter:** Replacement Member ID card  
**Trigger:** Existing member requests replacement and/or additional ID cards  
**Timing:** As needed.

[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Good news! Your replacement member ID cards are here.**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>>,

Enclosed you'll find the replacement ID cards you requested.

Be sure to throw away any old ID cards. You can tell which card is newer by checking the date printed on the back, top-right corner.

You can also sign in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) anytime to print a copy of your card. Or download the Florida Blue app to your smartphone or tablet to view your card 24/7.

**[Thanks again for choosing Florida Blue.** If you have questions, go online to [floridablue.com](http://floridablue.com), call 1-800-352-2583, or visit a Florida Blue Center ([floridablue.com/find-a-location](http://floridablue.com/find-a-location)).] - (variable based on plan)

Sincerely,

Your Customer Service Team

[Florida Blue HMO] (Variable based on plan)

[Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.] - (variable based on plan)



Item #: 37Z (O'Neil)  
Form #: 86009S  
Letter: Replacement Member ID card in Spanish  
Trigger: Existing member requests replacement and/or additional ID cards  
Timing: As needed.

[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

<Letter Date>

**¡Buenas noticias! Sus tarjetas de miembro se encuentran adjuntas. Número de identificación de miembro:**

<Florida Blue Contract Number> Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Aquí están las tarjetas de reemplazo que nos solicitó.

Asegúrese de desechar las tarjetas que ya no va a usar. Para saber cuáles son las tarjetas nuevas verifique la fecha que se encuentra en la parte superior derecha del reverso de la tarjeta.

También puede iniciar sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) en cualquier momento para imprimir una copia de su tarjeta. O puede descargar la aplicación de Florida Blue en su teléfono móvil o en su tableta para ver sus tarjetas en todo momento.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente  
[Florida Blue HMO]- (variable based on plan)

Florida Blue HMO es el nombre comercial de Health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de 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.

86009S 0917R

# Billing Statement

[@Logo]  
[@Return Address]

Due Date	<mm/dd/yyyy>
Total Amount Due	<b>\$00.00</b>

[@Customer Service Number]

[Your account is set up for autopay. This statement is for your records.]

<Recipient Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Member ID:** HXXXXXXXXXX

**[Alert!]** The amount due includes a Past Due Amount. Please pay in full to keep your coverage.]

Plan Information	Billing Details	Amount Due
Product Name/Metal Level/Plan #		
Previous Balance Amount:	<Previous Amount >	
Coverage Period: <mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy>  Your premium has been reduced by a Tax Credit amount of \$<APTC>.	<Current Charge Amount (monthly rate w/ APTC subtracted)>	
Better You Rewards: <amount subtracted by Better You Rewards Program>		
Amount Due:		<Total Premium Due>

Thank you for your last payment of \$<previous paid amount>.

[@Invoice Message Box\_lower]

Statement created: <creation date>



Please make checks payable to **FLORIDA BLUE**

Premium Payment	
Due Date	<mm/dd/yyyy>
Amount Due	<Total Premium Due>
Invoice Number	
Member Number	

Important: If you pay by check, include this payment stub. For other ways to pay, see the next page.

**\*Note to programmer:**  
[Remove payment stub for customers with APO flag]

**Florida Blue**  
PO Box 660879  
Dallas, TX 75266-0879

10000000000H12345678900000000000

## Address changes:

If you purchased a plan through the Marketplace<sup>SM</sup>, call 1-800-318-2596 (or go to [healthcare.gov](http://healthcare.gov)) to change your address. Otherwise, log in to your account at [floridablue.com](http://floridablue.com) and update your info under My Account.

## Payment reminders:

It's important to pay the full amount. If you are late, miss payments or make partial payments, you may lose your coverage. Please make sure to pay on or before the due date shown at the top of your bill. If you do not pay the full amount due by the end of your grace period, your coverage will be canceled for nonpayment.

**Important:** If you apply for a new policy with us, any past due amounts owed within the last 12 months may need to be paid before your new coverage can start.

## Payment Options:

**Autopay:** Send in the enclosed form or log in to your account to start automatic payments.

**Online:** Debit cards or electronic transfer from your bank account. Log in to your account at [floridablue.com](http://floridablue.com) to pay now or pay ahead.

**Phone:** Call 1-800-352-2583 and say "Pay my bill".

**Mail:** Check, cashier's check or money order. Tear off payment stub from this bill.

**Retail Locations\*:** Here's where to go and what types of payments they accept:

- CVS/pharmacy® (except Target® locations) or Navarro Discount Pharmacy: Pay up to \$999 per day with cash, credit card or debit card.
- Dollar General: Pay with cash or debit card.
- Family Dollar: Pay with cash.
- Money Gram: Pay with cash. Receiver code is 13731.
- ACE Cash Express: Pay with cash.

\*If you go to retail locations, take the barcode below with you. These locations may charge a fee to process your payment.

Sales associate: Scan the barcode below, enter the amount the customer wishes to pay, and tender the transaction as normal.



799366205540006371681503100010

Any adjustments or payments posted to your account within the last 7-10 days may not be reflected in this statement.

CVS/pharmacy®, Navarro Discount Pharmacy, Family Dollar, MoneyGram, Dollar General and ACE Cash Express are independent companies assisting in the collection of premium payments on behalf of Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

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

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800- 352-2583 (TTY: 1-800-955-8770).

## ESTADO DE CUENTA

[@Logo]

[@Return Address]

[@Customer Service Number]

<Recipient Name>

<Recipient Address Line 1>

<Recipient Address Line 2>

<City>, <State> <Zip Code>

Fecha de vencimiento del pago:	<mm/dd/yyyy>
Monto adeudado del pago:	<\$00.00>

[Su cuenta está configurada para pago automático. Conserve este estado de cuenta en sus archivos.]

**Identificación de miembro:** <H123456789>

[¡Alerta! El monto adeudado incluye una Cantidad vencida. Por favor, pague el monto completo para mantener su cobertura.]

Información del plan	Monto total a pagar	Pague este monto
<Plan Name Metal Level Plan Number>		
Monto vencido:	<Previous Amount >	
Periodo de cobertura: <mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy>	<Current Charge Amount (monthly rate w/ APTC subtracted)>	
Su prima ha sido reducida por un Crédito fiscal para la prima de \$<APTC>.		
Better You Rewards: <amount subtracted by Better You Rewards Program>		
Monto a pagar:		<Total Premium Due>

Gracias por su último pago de \$<previous paid amount>.

[@Invoice Message Box\_lower]

Estado de cuenta creado el: <creation date>

Importante: Si paga con cheque, incluya este talón de pago. Para otras formas de pago, consulte la página siguiente.



### Cheques pagaderos a FLORIDA BLUE

Pago de la Prima	
Fecha de vencimiento	<mm/dd/yyyy>
Monto adeudado	<Total Premium Due>
Número de factura	
Número de miembro	

**\*Note to programmer:**  
[Remove payment stub for customers with APO flag]

**Florida Blue**  
PO Box 660879  
Dallas, TX 75266-0879

10000000000H12345678900000000000

**Cambios de dirección:**

Si usted compró un plan a través del Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596 (o vaya a [cuidadodesalud.gov/es](http://cuidadodesalud.gov/es)) para cambiar su dirección. De lo contrario, inicie sesión en su cuenta en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y actualice su información en Mi cuenta (My Account).

**Recordatorios de pago:**

Es importante pagar la cantidad total. Si se retrasa en un pago, se le olvida hacer un pago o hace pagos parciales, puede perder su cobertura. Por favor asegúrese de pagar durante o antes de la fecha de vencimiento que aparece en la parte superior de su factura. Si no paga el monto total adeudado al final del período de gracia, su cobertura será cancelada por falta de pago.

**Importante:** Si solicita una nueva póliza con nosotros, es posible que tenga que pagar cualquier cantidad vencida que adeude durante los últimos 12 meses antes de que pueda iniciar su nueva cobertura.

**Opciones de pago:**

**Pago automático:** Envíe el formulario adjunto o inicie sesión para comenzar los pagos automáticos.

**Por Internet:** Tarjetas de débito o transferencias electrónicas de cuentas de banco. Inicie sesión en su cuenta en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) para pagar ahora o pagar por anticipado.

**Número de teléfono:** Llame al 1-800-352-2583 y diga "Pagar mi factura."

**Correo postal:** Cheque, cheque de gerencia o giro postal. Desprenda el talón de pago de esta factura.

**Ubicaciones de los establecimientos\*:**

- CVS/pharmacy® (a excepción de las ubicaciones en Target®) o Navarro Discount Pharmacy: Pague por día hasta \$999 en efectivo, tarjeta de crédito o tarjeta de débito.
- Dollar General y Family Dollar: Pague en efectivo o con tarjeta de débito.
- MoneyGram: Pague en efectivo. El Código Receptor (Receiver code) es 13731.
- ACE Cash Express: Pague en efectivo.

\*Si va a los establecimientos, lleve el código de barras con usted. Estos proveedores podrían cobrarle una tarifa por procesar su pago.

**Asociado de ventas:** Escanee el código de barras de abajo, ingrese el monto que el cliente desea pagar y procese la transacción normalmente.



Es posible que cualquier ajuste o pagos hechos a tu cuenta dentro de los últimos 7 y 10 días no esté reflejado en este estado de cuenta.

CVS/pharmacy®, Navarro Discount Pharmacy, MoneyGram, Dollar General y ACE Cash Express son compañías independientes que proporcionan servicios de apoyo para pagos de primas a nombre de Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**ATENCIÓN:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call at 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800- 352-2583 (TTY: 1-800-955-8770).

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

85897S 0819R

[@Return Address]

**Item #:** 52 (O'Neil);  
**Form #:** 85941 (Florida Blue)  
**Letter:** Past Due Letter  
**Trigger:** Premium payment not received by last day of month it was due.  
**Timing:** Correspondence file 5 days after the invoice due date and the member is delinquent 1-30 days

<@Letter Date>

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Did you forget something?**

**Member ID: <FB Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

We're writing to let you know that you and any dependents covered on your plan might lose your insurance because we haven't received your monthly payment of <Premium amount due> by <invoice due date>.

You have a three-month grace period to pay the amount that is past due plus any amount that you will owe before your coverage is canceled. Your grace period will end on <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>.

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at **floridablue.com** and select **Pay Your Bill**.
- **By phone:** Please call [@customer service number].

**What will happen if you don't pay?**

- Your coverage will be retroactively canceled on <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>, which means you'll have to pay back the cost of any care you received after that date.
- If you had advance payments of the premium tax credit (usually called a subsidy) to help pay for your insurance, you'll have to pay back any subsidy amount received after your coverage cancellation date.
- You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

*If you've already sent in your full payment, thank you!*

[@Closing]

Sincerely,

Your Customer Service Team

[Florida Combined Life Insurance Company, Inc.]

[BlueDental plans are offered through Florida Combined Life Insurance Company, Inc. an affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida. Both companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association, Inc.]



[@ReturnAddress]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

### ¿Se le ha olvidado algo?

**Número de identificación de miembro: <FB Contract Number>**

Estimado(a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que usted y cualquier dependiente cubierto en su plan podría perder su seguro porque no hemos recibido su pago mensual de <Premium amount due> el <Invoice due date>.

Usted tiene un periodo de gracia de tres meses para pagar la cantidad que está vencida, más cualquier cantidad que tendrá que pagar antes de cancelar su cobertura. El periodo de gracia finalizará el <Effective term date APTC-Start of Grace plus 1 month>.

Hay dos formas rápidas para pagar:

- **Por teléfono:** Llame al [@customer service number].
- **Por internet:** Ingrese a su cuenta de miembro en la pagina de internet **floridablue.com/es** y seleccione **Pagar tu factura (Pay your bill)**.

### ¿Qué pasará si no paga y se pierde la cobertura?

- Su cobertura será cancelada con efecto retroactivo <scheduled term date>, lo que significa que tendrá que pagar el costo de cualquier atención médica que recibió después de esa fecha.
- Si ha recibido por adelantado el crédito fiscal para la prima (generalmente llamado subsidio) para ayudar a pagar por su seguro, tendrá que pagar el monto del subsidio que ha recibido después de la fecha de cancelación de su cobertura.
- Va a tener que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para inscribirse en otra cobertura de salud a menos que cumpla con criterios especiales, como tener un nuevo bebé, casarse, o mudarse a otro condado.

*Si ya envió su pago completo, ¡gracias!*

[@Closing]

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

[@Carrier Name]

Envíe esta porción con su pago. O inicie sesión y pague por Internet en **floridablue.com/es**.

Este documento es una traducción de 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

85941S 0616

**Item #:** 52A (O'Neil);  
**Form #:** 85941S  
**Letter:** Past Due Letter – Spanish  
**Trigger:** Premium payment not received by last day of month it was due.  
**Timing:** Correspondence file 5 days after the invoice due date and the member is delinquent 1-30 days



[@Return Address]

**Item #:** 53 (O'Neil);  
**Form #:** 85942  
**Letter:** Past Due Month 2  
**Trigger:** 5 days after invoice due date and member is delinquent 31-60  
**Timing:** Sent on due date + 45 days or the next business day.

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Pay now before you lose your coverage!**  
**Member ID: <FB Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

This is our second attempt to let you know that you and any dependents covered on your plan are at risk of losing your insurance because we haven't received your monthly payment of \$<Premium Amount Due> by <Invoice Due Date>.

You have a three-month grace period to pay the amount that is past due plus any amount that you will owe before your coverage is canceled. Your grace period will end on <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>.

Please send us <Premium Amount Due> in full by <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>. **If we don't get your payment by that date, your coverage will be retroactively canceled on <scheduled term date>.**

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) and select **Pay Your Bill**.
- **By phone:** Please call [@customer service number].

**What will happen if you don't pay?**

- Your coverage will be retroactively canceled on <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>, which means you'll have to pay back the cost of any care you received after that date.
- If you had advance payments of the premium tax credit (usually called a subsidy) to help pay for your insurance, you'll have to pay back any subsidy amount received after your coverage cancellation date.

- You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

*If you've already sent us your payment in full, thank you!*

[@Closing]

Sincerely,

Your Customer ServiceTeam

Florida Blue

Florida Blue is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]



**Item #:** 53A;  
**Form#:** 85942S  
**Letter:** Past Due Month 2-Spa  
**Trigger:** 5 days after invoice due date and member is delinquent 31-60  
**Timing:** Sent on due date + 45 days or the next business day.

[@Return Address]

<Date>

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

**¡Pague ahora o perder su cobertura!**

**Número de identificación de miembro: <FB Contract Number>**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Este es el segundo recordatorio que le enviamos para hacerle saber que tanto usted como los dependientes que están cubiertos por su plan están en riesgo de perder su cobertura porque no hemos recibido el pago mensual por <Premium amount due> al <Invoice due date>.

Tiene un periodo de gracia de tres meses para pagar la cantidad retrasada y cualquier cantidad que será adeudada antes de que su cobertura sea cancelada. Su periodo de gracias terminará el Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>.

Envíenos un pago completo por <Premium Amount Due> hasta el <scheduled term date> para evitar que su cobertura sea cancelada el <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>. **Si no recibimos el pago antes de esa fecha su cobertura será cancelada retroactivamente en <scheduled term date>.**

Hay dos formas rápidas de pagar:

- **Por Internet:** Inicie sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y seleccione **Pagar su cuenta (Pay Your Bill)**.
- **Por teléfono:** Llame al [@customer service number].

**¿Qué pasará si no paga?**

- Tendrá que pagar el costo de los cuidados que recibió desde la fecha en que se canceló su cobertura.
- Si ha recibido asistencia financiera (crédito fiscal para la prima) para ayudar a pagar por su seguro, tendrá que pagar el monto del subsidio que ha recibido después de la fecha de cancelación de su cobertura.
- Va a tener que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para inscribirse en otra cobertura de salud a menos que cumpla con criterios especiales, como tener un nuevo bebé, casarse, o mudarse a otro condado.

*Si ya ha enviado su pago completo, ¡gracias!*

[@Closing]

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]



[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Item #:** 54  
**Form #:** 85943 0616  
**Letter:** Past Due Month 3  
**Trigger:** 5 days after invoice due date and member is delinquent 61+ days  
**Timing:** Sent on due date +65 days or the next business day.

**Final notice: Pay now or lose your coverage!**

**Member ID:** <FB Contract Number>

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

This is our third attempt to let you know that you and any dependents covered on your plan might lose your insurance because we haven't received your monthly payment of <Premium amount due> by <Invoice due date>.

You have a three-month grace period to pay the amount that is past due plus any amount that you will owe before your coverage is canceled. Your grace period will end on <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>.

Please send us <Premium Amount Due> in full by <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1 month>. **If we don't get your payment by that date, your coverage will be retroactively canceled on <scheduled term date>.**

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) and select **Pay Your Bill**
- **By phone:** Please call [@customer service number]

**What will happen if you don't pay?**

- You'll have to pay back the cost of any care you received dating back to the date your coverage is canceled.
- If you had financial assistance (premium tax credit) to help pay for your insurance, you'll have to pay back any subsidy amount received after your coverage cancellation date.
- You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

*If you've already sent in your full payment, thank you!*

[@Closing]

Sincerely,

Your Customer ServiceTeam Florida Blue HMO

Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]



[@Return Address]

**Item #:** 54A  
**Form #:** 85943S 0616  
**Letter:** Past Due Month 3  
**Trigger:** 5 days after invoice due date and member is delinquent 61+ days  
**Timing:** Sent on due date +65 days or the next business day.

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Notificación final: ¡Su cobertura será cancelada a menos de que pague rápidamente!**

**Número de identificación de miembro: <HCCID number>**

Estimado (a) <Member First Name> <Member Last Name>:

Este es el último recordatorio sobre el pago de su prima. Todavía no hemos recibido el pago de su prima y tiene un saldo adeudado de \$<Total Amount Due>.

A menos de que recibamos su pago total por el saldo adeudado hasta el <scheduled term date>, su cobertura de salud será cancelada el <Effective Term Date APTC-Start of Grace plus 1month>.

**Si ya nos ha enviado su pago completo, se lo agradecemos.**

**¿Aún necesita hacer un pago?**

Hay dos formas rápidas de pagar:

- **Por teléfono:** Llame al 1-855-692-5830; los usuarios de TTY/TDD: pueden llamar al 1- 800-955-8770.
- **Por Internet:** Inicie sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y seleccione

**Pagar su cuenta (Pay Your Bill)**

Su pago completo asegurará la continuación de su cobertura. De todas formas, si su cobertura es cancelada por falta de pago, tenga en cuenta lo siguiente:

- Usted será responsable de pagar las reclamaciones hechas durante el tiempo en que estuvo sin cobertura.
- Si recibió un crédito tributario (subsidio) por su cobertura, será responsable de devolver ese dinero.
- Si deja su plan de salud no podrá participar en el periodo de inscripción especial para obtener otro plan. Las inscripciones especiales durante el año están disponibles sólo para eventos que califican como el nacimiento de un niño, un matrimonio, un cambio de trabajo o si se muda a un nuevo condado.

Cuente con nosotros. Si tiene preguntas, llame al 1-855-692-5830; los usuarios de TTY/TDD: pueden llamar al 1-800-955-8770.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente Florida Blue HMO

Florida Blue HMO es el nombre comercial de health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]

**Item #:** N/A  
**Form #:** 112  
**Letter:** Member Delinquency  
Postcard  
**Trigger:** Delinquency status  
**Timing:** Sent on due date plus 65  
days or the next business day

**Urgent Notice Inside.  
Please Open!**

*Florida Blue* 

Enrollment & Billing Department  
Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236  
Jacksonville, FL 32231-4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE  
PAID FLORIDA  
BLUE



## Don't lose your coverage. Pay your bill today.

As of March 26, 2017, your March 1, 2017 payment is past due in the amount of \$504.14. It's time to get caught up or risk losing coverage.

### Choose from two quick ways to pay today:

- **Online:** Log in at [floridablue.com](http://floridablue.com) and select **Pay Your Bill**
- **By phone:** Call 1-800-352-2583; TTY/TDD 1-800-955-8770

If you've already sent your payment in full, thank you!

*P.S. If you'd like to get email instead of paper, please log in at [floridablue.com](http://floridablue.com) and update your email address. Be sure to complete the final step; check your inbox for an email from us to confirm your email.*

Health insurance is offered by Florida Blue. HMO coverage is offered by Florida Blue HMO, an HMO affiliate of Florida Blue. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. You may access the Nondiscrimination and Accessibility notice at [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice). Espanol, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/languageservices](http://floridablue.com/languageservices).

88640-0217

**Item #:** N/A  
**Form #:** 112A  
**Letter:** Member Delinquency  
Postcard  
**Trigger:** Delinquency status  
**Timing:** Sent on due date plus 65  
days or the next business day

Aviso urgente.  
**¡Ábrelo Ahora!**



Enrollment & Billing Department  
Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236  
Jacksonville, FL 32231-4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE  
PAID FLORIDA  
BLUE



HMO

## No pierdas tu cobertura. Paga tu fractura hoy mismo.

Al día de March 26, 2017, tu pago del March 1, 2017 se encuentra vencido por un monto de \$249.94. No te arriesgues. Podrías perder tu cobertura.

### Escoge una de estas dos opciones rápidas y haz tu pago:

- **Por Internet:** Inicia sesión en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y selecciona **Paga tu fractura.**
- **Por teléfono:** Llama al 1-800-352-2583; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-955-8773

Si ya nos enviaste el pago completo ¡te lo agradecemos!

*P.D. Si prefieres recibir un correo electrónico en lugar de una carta, inicia sesión en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y actualiza tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de completar el paso final; busca el correo electrónico que te enviaremos a tu bandeja de entrada y confirma tu dirección electrónica.*

Florida Blue ofrece cobertura de salud. Florida Blue HMO, una afiliada HMO de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puedes tener acceso a la Notificación de no discriminación y accesibilidad en [floridablue.com/es/ndnotice](http://floridablue.com/es/ndnotice). Español, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/es/languageservices](http://floridablue.com/es/languageservices).

88640S 0217

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



[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member StreetAddress>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Item #:** 55 (O'Neil);  
**Form #:** 85944  
**Letter:** Past Due Non-APTC  
**Trigger:** Premium payment not received by the first of the month.  
**Timing:** Correspondence file sent to print production vendor 5 days after the invoice due date.

### Did you forget something?

**Member ID:** <FB Contract Number>

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

We're writing to let you know that you and any dependents covered on your plan might lose your insurance because we haven't received your payment by <Payment Due Date>.

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) and select **Pay Your Bill**.
- **By phone:** Please call [[@customer service number](#)].

### What will happen if you don't pay?

You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

*If you've already sent in your full payment, thank you!*

[@Closing]

Sincerely,

Your Customer ServiceTeam

Florida Blue

Florida Blue is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

85944 0716

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]



**Item #:** 55A (O'Neil);  
**FB Form #**85944S  
**Letter:** Past Due (Non-APTC)-Spanish  
**Trigger:** Premium payment not received by the first of the month.  
**Timing:** Correspondence file sent to print production vendor 5 days after the invoice due date.

[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

### ¿Se le olvidó algo?

**Número de identificación de miembro:** <FB Contract Number>

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Deseamos informarle que tanto usted como los dependientes de su plan podrían perder la cobertura de seguro debido a que no recibimos su pago para el <Payment Due Date>.

Hay dos formas rápidas para pagar:

- **Por Internet:** Inicie sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y seleccione **Pagar mi factura** (Pay Your Bill).
- **Por teléfono:** Llame al [@customer service number].

### ¿Que pasaría si no paga?

Usted tendrá que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para volver a inscribirse en un plan de salud a menos que ocurran circunstancias especiales que califiquen, como por ejemplo, el nacimiento de un niño, un matrimonio, o una mudanza a otro condado.

*Si ya nos ha enviado su pago completo, se lo agradecemos.*

[@Closing]

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente Florida Blue HMO

Florida Blue HMO es el nombre comercial de health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Envíe esta porción con su pago. O inicie sesión y pague por Internet en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es).

[This letter includes a retail barcode and a payment remittance stub.]



**Item #:** 56; FB  
**Form #:** 85945  
**Letter:** Term for Non-Pay  
**Trigger:** Premium payment not received by last day of the third month of grace period (APTC) or 1<sup>st</sup> of second month (Non-APTC)  
**Timing:** 90 days (APTC) and 30 days (non-APTC)

[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Your plan has been canceled**

**Member ID:** <Florida Blue Contract Number>

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

After several reminders, we still didn't receive your monthly payment.

We're writing to let you know that your plan was canceled as of <term date>.

Unless you meet certain special criteria, like having a new baby, getting married or moving to a new county, you'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage.

Let us know if we can help.

-  **Contact** your local Florida Blue agent
-  **Visit** a Florida Blue Center
-  **Call** 1-877-465-1125

Sincerely,

Your Customer ServiceTeam

Florida Blue HMO

Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.



**Item #:** 56A  
**Form #:** 85945S  
**Letter:** Term for Non-Pay – Spanish  
**Trigger:** Premium payment not received by last day of the third month of grace period (APTC) or 1<sup>st</sup> of second month (Non-APTC)  
**Timing:** 90 Days (APTC) and 30 days (non-APTC)

[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

### Su cobertura ha sido cancelada

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Member Number>**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que su cobertura ha sido cancelada y que terminará en fecha <term date> no recibimos el pago de su prima.

A menos que cumpla con ciertos requisitos como tener un bebé, casarse o mudarse a otro condado, tendrá que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para inscribirse en un plan.

Déjenos saber cómo podemos ayudarle.

-  **Comuníquese** con su agente local de Florida Blue.
-  **Visite** un Centro Florida Blue
-  **Llame** al 1-877-465-1125

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue HMO

Florida Blue HMO es el nombre comercial de health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.



HMO

[@Return Address]

**Item #:** 57H  
**Form #:** 85946  
**Letter:** Change Letter – Address Update  
**Trigger:** Notification of address change  
**Timing:** Generated within 4 days of notification of change

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**We've updated your address**  
**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

We're writing to let you know that we've changed the address for [Member First Name] [Member Last Name]. If this move triggers a change in your monthly payment, it will be shown on one of your next bills.

For more details, including when this change occurred, call us at [@customer service number].

Sincerely,

Your Customer Service Team

Florida Blue HMO

Florida Blue HMO is a trade name of Health Options, Inc. an HMO affiliate of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and

Blue Shield Association.



**Item #:** 571  
**Form #:** 85946S  
**Letter:** Change Letter – Member Address Update  
**Trigger:** Notification of address change  
**Timing:** Generated within 4 days of notification of change

[@Return Address]

<Member First Name> <Member Last Name>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Hemos actualizado su dirección**  
**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Queremos hacerle saber que hemos cambiado la dirección de [Member First Name] [Member Last Name]. Si este cambio afectó el monto de su prima mensual, el nuevo monto adeudado se reflejará en una de las próximas facturas.

Si necesita más información, incluyendo la fecha en que ocurrió este cambio, llámenos al [@customer service number].

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue HMO

Este documento es una traducción de 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.



**Item #:** 57F (O'Neil)  
**Form #:** 85947 (Florida Blue)  
**Letter:** Change Letter – Subsidy Update  
**Trigger:** Notification from Marketplace of APTC change for Member  
**Timing:** Generated within 4 days of notification of change

[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line1>  
<Recipient Address Line2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Your Marketplace<sup>SM</sup> premium tax credit has changed**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Recently the Health Insurance Marketplace<sup>SM</sup> let us know that your premium tax credit has changed. Your next bill will reflect the new tax credit and the amount you owe after it's deducted.

Be sure to report all income changes to the Marketplace as soon as they occur so that you have the most accurate premium tax credit. The Marketplace determines your eligibility and amount.

If you have any questions about this change, contact the Marketplace at 1-800-318-2596.

Sincerely,

Your Customer Service Team  
[@Carrier Name]



[@Return Address]

**Item #:** 57G (O'Neil)  
**Form #:** 859475  
**Letter:** Change Letter – Subsidy Update – Spanish  
**Trigger:** Notification from Marketplace of APTC change for Member  
**Timing:** Generated within 4 days of notification of change

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Cambios a su cuenta de miembro**

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado(a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

El Mercado de seguros médicos nos dejó saber que su Crédito fiscal para la prima ha cambiado. Su próxima factura reflejará el nuevo crédito fiscal y el monto que debe después que es deducido.

Asegúrese de reportar cualquier cambio en el ingreso al Mercado de seguros médicos tan pronto como ocurra; así obtendrá el crédito fiscal más exacto. El Mercado de seguros médicos determina el monto y la elegibilidad.

Si necesita más información, incluyendo la fecha en que ocurrió este cambio, llame al Mercado de seguros médicos al 1-800-318-2596.

Atentamente,

Su equipo de atención al

cliente [@Carrier Name]

Este documento es una traducción de 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.



**Item #:** 57J  
**Form #:** 85947  
**Letter:** Change Letter – Dependent Added  
**Trigger:** Member added dependent to coverage  
**Timing:** Generated within 4 days of downloaded update

[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <ZipCode>

**We've added a new person to your plan**  
**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Recently, you asked us to add [Member First Name] [Member Last Name] to your plan. We're writing to let you know that we've made this change. Any difference in your monthly payment will be shown on one of your next bills.

For more details, including when this change occurred, call us at [@customer service number].

Sincerely,

Your Customer Service Team

[@Carrier Name]



[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Hemos añadido una nueva persona a su plan**  
**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Recientemente usted solicitó que añadiéramos a [Member First Name] [Member Last Name] a su plan. Queremos hacerle saber que hemos hecho este cambio. Cualquier diferencia en su pago mensual se reflejará en una de sus próximas facturas.

Si necesita más información, incluyendo la fecha en que ocurrió este cambio, llámenos al [@customer service number].

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

[@Carrier Name]

**Item #:** 57K  
**Form #:** 85947S  
**Letter:** Change Letter – Dependent Added  
**Trigger:** Member added dependent to coverage  
**Timing:** Generated within 4 days of downloaded update

Este documento es una traducción de 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.

85947S 0817R

**Item #:** EB5 (O'Neil)  
**Form #:** 86198  
**Letter:** Email follow-up for certain policy change letters  
**Trigger:** Change letter, endorsement, FCL Dep Max Age (Individual)

**Subject: We've made your requested change**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that we've made the change you recently requested. If it triggers any difference in the amount of your monthly payment, it will be shown on your next bill.

If you have any questions about this change, please [log in](#) to your member account, or call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice)

86198 0817R

(Subject: Changes to your policy)

**Item #:** EB14 (O'Neil)  
**Form #:** 86198S  
**Letter:** Email follow-up for certain policy change letters  
**Trigger:** Change letter, endorsement, FCL Dep Max Age (Individual)

**Subject: Hemos hecho el cambio que solicitó**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Le informamos que hemos hecho el cambio que solicitó recientemente. Si este cambio afectó el monto de su prima mensual, el nuevo monto adeudado aparecerá en su próxima factura.

Si tiene preguntas, puede [iniciar sesión](#) en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) o llamar al número de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86198S 0817R



[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**Oops! There was trouble with a recent payment you made.**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

It looks like your most recent payment did not go through, which means it might now be past due.

Please see the steps below to make a payment **today**. If we don't hear from you soon, this could delay payment of claims until your account is current. If you are making the first payment for your account, called a "binder" you should take care of this before your plan's start date.

Here are two quick ways to pay:

- **Online:** Log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) and select **Pay Your Bill**.
- **By phone:** Please call [@customer service number].

**What will happen if you lose coverage**

- You'll have to pay for any care you received during the time you didn't have coverage.
- If you had premium tax credits, you'll have to pay that money back.
- You'll have to wait until the next open enrollment time to sign back up for health coverage unless you meet special criteria, like having a new baby, getting married, or moving to a new county.

Sincerely,

Your Customer Service

Team [@Carrier Name]

85948 0817R

**Item #:** 58 (O'Neil)  
**Form #:** 85948  
**Letter:** Payment – Dishonored Payments  
**Trigger:** Notification from bank of a dishonored payment; send financial report to print production vendor  
**Timing:** Daily (M-F) batch that processes and applies the payment to member's account (Not currently triggered for automated distribution.)  
**Note:** Scheduled for Release/Update Nov 2017.



[@Return Address]

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

**¡Ups! Hubo un problema con el pago que hizo recientemente.**

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Hola <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Parece que el pago más reciente no fue procesado debido a que, lo que significa que ahora su pago puede estar retrasado.

Vea los pasos a continuación para hacer un pago **hoy**. Si no se comunica con nosotros de inmediato, podríamos retrasar el pago de sus reclamaciones hasta que su cuenta esté al día. Si este es el primer pago para su cuenta (llamado "pago provisional"), entonces debe resolver este asunto antes de la fecha de comienzo de su plan.

Hay dos formas rápidas para pagar:

- **Por Internet:** Inicie sesión en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y seleccione **Pagar mi factura (Pay Your Bill)**.
- **Por teléfono:** Llame al [@número de servicio al cliente].

**¿Que pasaría si pierde su cobertura?**

- Usted tendría que pagar por cualquier servicio que reciba durante el periodo que perdió la cobertura.
- Si usted tenía un crédito tributario avanzado para la prima, tendrá que devolver ese dinero.
- Usted tendrá que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para volver a inscribirse en un plan de salud a menos que ocurran circunstancias especiales que califiquen, como por ejemplo, el nacimiento de un niño, un matrimonio, o una mudanza a otro condado.

[@Closing]

Atentamente,  
Su equipo de atención al cliente

85948S 0817R

**Item #:** 58A  
**Form #:** 85948S  
**Letter:** Payment – Dishonored Payments Spanish  
**Trigger:** Notification from bank of a Dishonored Payment; send financial report trigger to print production vendor  
**Timing:** Daily (M-F) batch that processes and applies the payment to member's account (Not currently triggered for automated distribution.)  
**Note:** Scheduled for Release/Update Nov 2017.



[@Return Address]

<Member First Name> <Member LastName>  
<Member Street Address>  
<City>, <State> <ZipCode>

**Item #:** 60 (O'Neil),  
**Form #:** 85950  
**Letter:** Cancellation; Request by Member  
**Trigger:** Contract termed; Reason: by  
Member Request  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that

**We're sorry to see you go!**  
**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>,

Thank you for being a [@Carrier Name] member. We received your request, and we're writing to let you know that we canceled your plan as of <termination date>.

We offer a variety of products, including health, dental, life and disability plans. If you would like to explore any of these options, please call us at 1-877-465-1125.

We hope you'll consider letting Florida Blue serve you in the future if your needs change.

Sincerely,

Your Customer Service Team  
[@Carrier Name]



**Item #:** 60A (O'Neil),  
**Form #:** 85950S  
**Letter:** Cancellation; Request by Member Spanish  
**Trigger:** Contract termed; Reason: by Member Request  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes member's clear termination

<@Return Address>

<Recipient First Name> <Recipient Last Name>  
<Recipient Address Line 1>  
<Recipient Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip Code>

<@Letter Date>

**¡Le extrañaremos!**

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Gracias por ser un miembro de [ @Carrier Name]. Hemos recibido su solicitud y queremos hacerle saber que hemos cancelado su plan a partir del <termination date>.

Ofrecemos una variedad de productos, incluyendo planes de salud, para la vista, dentales, de vida y discapacidad.

Si le gustaría conocer más acerca de una de estas opciones, llámenos al 1-877-465-1125.

Esperamos que tenga en cuenta a Florida Blue si sus necesidades cambian en el futuro.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue

Florida Blue HMO es el nombre comercial de health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de 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.

85950S 0817R

**Item #:** EB8 (O'Neil)

**Form #:** 86201

**Letter:** Email follow-ups for letter cancellations

**Triggers:** Requested termination letter or Term for

**Subject: We're sorry to see you go!**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

We're writing to let you know that your coverage has been canceled. You'll also receive a copy of this notice by mail.

If you feel this has been done in error, please contact your local [Florida Blue agent](#), visit a [Florida Blue Center](#) or call us at 1-800-(FLA-BLUE) 352-2583.

We hope you'll consider letting Florida Blue serve you in the future if your needs change.

Sincerely,

Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Item #:** EB17 (O'Neil),  
**Form #:** 86201S  
**Letter:** Email follow-ups for letter cancellations  
Spanish  
**Triggers:** Requested termination letter or Term for  
non-pay for health or dental plan customers

**Subject: Your coverage has been cancelled**

**Asunto: Su cobertura ha sido cancelada**

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

Estimado (a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

En Florida Blue apreciamos tenerlo como cliente. Queremos hacerle saber que su cobertura ha sido cancelada. Recibirá también una copia de este aviso por correo electrónico.

Si piensa que esto es un error, comuníquese con su [agente de Florida Blue](#), visite un [Centro Florida Blue](#) o llámenos al 1-800-(FLA-BLUE) 352-2583.

Esperamos que nos tenga en cuenta si sus necesidades cambian en el futuro.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86201S 0817R



[Logo varies based on product]

**Subject:** Automatic payments have been cancelled

**Form #:** 85376 or 85571 (health or dental)  
**Letter:** BillTrust email- APO payments cancelled  
**Trigger:** Member cancels the APO set-up  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes the payment option.

Hello Member,

We received your request to cancel your automatic payments. Your premium payment will no longer be automatically drafted from your account. To avoid losing your coverage, please make your next payment by the due date shown on your invoice.

#### To make a one-time payment online...

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

#### To reenroll or to update your automatic payments...

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Enroll/Update Automatic Bill Payment**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida CombinedLife

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. D/B/A Florida Blue its affiliates health Options, Inc. D/B/A Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. D/B/A Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for Dental, life and ancillary products. You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85376 or 85571



[Logo varies based on product]

**From:** Florida Blue

**Subject:** Sit back and relax: Auto payments are all set!

Hello Member,

Good news! You're all set up to have your payment withdrawn automatically from your account on your due date each month.

If you have questions, log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com), stop by a [Florida Blue Center](#), or call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida Blue

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

CVS/pharmacy®, Navarro Discount Pharmacy, MoneyGram, Dollar General and ACE Cash Express are independent companies assisting in the collection of premium payments on behalf Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

**Form #:** 85377 or 85572

**Letter:** Billtrust email- APO Confirmation

**Trigger:** Member enrolled into automatic payment option

**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes



[Logo varies based on product]

Billtrust email Item # 85378 or 85573

Letter: Email- Delinquency

Trigger: Member is past due on their account.

Timing: Email sent when member is 5 days late on their plan premium payment

**Subject:** Your payment is past due

Hello Member,

In these busy times, it's easy to lose track of important matters. We have not received payment for your most recent invoice. This is a friendly reminder that your payment must be received immediately to avoid losing your coverage.

**Four easy options for paying your bill ...**

- **Online:** [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab. Click on **Pay Your Bill Now**.
- **In person** Visit any one of our Florida Blue Centers. [Find the location nearest you](#).  
**Or**, Visit any CVS Pharmacy. Before you go, you'll need to print a CVSPayment code to bring with you. [Log in](#) to your member account, select **Claims & Expenses**, and then **Bill Paying Services**. You'll see the instructions for making a payment at CVS.
- **By phone** Call the customer service number on your member IDcard.

Don't worry about missing a payment in the future – set up automatic payments. Simply [log in](#) to your member account and select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.

Click on **Enroll/Update Automatic Bill Payment**. It will take up to four weeks for the first draft to occur.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team  
Florida Combined Life Insurance Co., Inc.

Language assistance available: [Español, Kreyol Ayisien, Tiếng Việt, Português, 中文, français, Tagalog, русский, italiano, Deutsche, 한국어, Polskie, Gujarti, العربية, 日本語, فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](#).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. D/B/A Florida Blue its affiliates health Options, Inc. D/B/A Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. D/B/A Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for Dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](#) and changing your mail preferences.

85378 0716 or 85573 0716



[Logo varies based on product]

**Subject:** There is a problem with your automatic payments

Hello Member,

We received your request to begin your automatic payments; however we were unable to verify your account information. Your premium payment will not be automatically drafted from your account.

Please check and update your account information. If you have an outstanding bill to pay or receive one between now and your first bank draft, you will need to make a one-time payment to avoid losing your coverage.

### To update your automatic payment information...

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Enroll/Update Automatic Bill Payment**.

### To make a one-time payment online ...

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

[Carrier Name Here]

Language assistance available: [Español, Kreyol Ayisien, Tiếng Việt, Português, 中文, français, Tagalog, русский, italiano, Deutsche, 한국어, Polskie, Gujarti, ភាសាខ្មែរ, العربية, 日本語, فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. D/B/A Florida Blue its affiliates health Options, Inc. D/B/A Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. D/B/A Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for Dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85379 0716 or 85574 0716

**Billtrust Email Item # 85379 or 85574 (Health/Dental)**  
**Trigger:** Automatic payment option has been cancelled because we were unable to verify account information.  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes the payment rejection.



[Logo varies based on product]

**From:** Florida Blue

**Subject:** Autopay is scheduled for< Payment Due Date>

**Billtrust Email Item #** 85381 or 85576 (Health/Dental)

**Letter:** Billtrust Email – APO Draft Preliminary Notice

**Trigger:** Automatic payment option will be drafted soon.

**Timing:** Send email 3 days prior to the invoice due date when APO is active for the

Hello Member,

Just a reminder: Your scheduled automatic payment of <\$Account Balance> is coming up on <Payment Due Date>.

### About Autopay

- Your total amount due will be drafted. If your account is past due or changes were made to your plan, your draft for this month will be different from the normal amount.
- You can cancel automatic payments anytime by logging in to your member account or calling us.

### To view your bill online:

- [Log in](#) to your member account.
- Click on **Pay Your Bill**.

If you have questions, log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) or call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Membership & Billing Team  
Florida Blue

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [Inu](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85381 0517R or 85576 0716R



[Logo varies based on product]

**Billtrust Email Item #** 85768 or 85772 (Health/Dental)  
**Letter:** Billtrust Email – Binder Payment Confirmation  
**Trigger:** Initial Plan Payment Received  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes the payment reconciliation.

**Subject:** We received your binder payment

Hello Member,

Thanks for being a Florida Blue member! We received your binder payment, and are preparing your ID card(s) and coverage documents.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call 1-877- 352-2583 or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

[Carrier Name]

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [ไทย](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85768 or 85772

**From:** Florida Blue  
**Subject:** Your automatic payment has been scheduled



Hello Member,

Thank you for using automatic payments. Your balance of <\$Amount Due on the Invoice> is scheduled to be drafted on <Invoice Due Date>.

#### About Autopay

- Your total amount due will be drafted. If your account is past due or changes were made to your plan, your draft for this month will be different from the normal amount.
- You can cancel automatic payments anytime by logging in to your member account or calling us.

#### To view your bill online:

- [Log in](#) to your member account.
- Click on **Pay Your Bill**.

If you have any questions, please log in to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com) or call us at the number on the back of your member ID card.

Sincerely,

Your Membership & Billing Team  
Florida Blue

Language assistance available: [Español, Kreyol Ayisien, Tiếng Việt, Português, 中文, français, Tagalog, русский, italiano, Deutsche, 한국어, Polskie, Gujarti, ལྷོ, العربية, 日本語, فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. You may access the Nondiscrimination and Accessibility notice [here](#).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

89078 0517

**Billtrust Email Item # 89078**

**Letter:** Billtrust Email – Automatic Payment Scheduled

**Trigger:** APO Account Info Notification of pending draft

**Timing:** Send email when initial or re-bill invoice is loaded and APO payment is scheduled



[Logo varies based on product]

**Billtrust Email Item #** 85380 or 85575 (Health/Dental)  
**Letter:** Billtrust Email – APO Info Update  
**Trigger:** APO Account Info updated  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes the online APO update.

**Subject:** Your automatic payment information has been updated

Hello Member,

Your automatic payment information has been updated. If you did not make this change, please call the customer service number on your member ID card.

**To view your bill online...**

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida Blue

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

Please do not reply to this email notification. This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue its affiliates health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for Dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85380 0716R or 85575 0716R



[Logo varies based on product]

**Billtrust Email Item # 85767 or 85771 (Health/Dental)**  
**Letter:** Billtrust Email – Bill is Read to View/Pay  
**Trigger:** New invoice is prepared for viewing/payment (APO – Billtrust)  
**Timing:** 12<sup>th</sup> of the month for bills due on 1<sup>st</sup> and 4<sup>th</sup> of the month for bills due on the 15<sup>th</sup> of the month

**Subject:** Your bill is ready

Hello Member,

A new insurance bill is ready for you to review.

**To view your bill online ...**

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida Blue [varies based on carrier]

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [ไทย](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#) U3T1

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

Please do not reply to this email notification. This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue its affiliates health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for Dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.



[Logo varies based on product]

**Item #** EB9 FB  
**Form #:** 86202  
**Letter:** Email to notify that bill is ready to view/pay  
**Trigger:** New invoice is prepared for viewing/payment (non-APO)  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that generates invoices

**Subject: Your bill is ready to view and pay**

**Member ID: <Florida Blue Contract Number>**

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Your monthly bill is now ready. You can pay using any of the following options:

- Online: [Log in](#) to your member account at [floridablue.com](http://floridablue.com). Pay this month's bill plus you can schedule automatic payments to come out on the first day of each month\* going forward.
- In person:
  - At a nearby CVS/pharmacy® (except Target® locations) or Navarro Discount Pharmacy®: cash, credit card or debit card
  - ACE Cash Express or MoneyGram location: cash
  - Dollar General®: cash or debit card
  - Family Dollar: cash
- By mail: Use the address shown on your bill.
- By phone: Call the number on the back of your member ID card.

\*If the first day of the month falls on a weekend or holiday, we'll deduct your payment on the next business day. For details on making payments, [click here](#).

Reach out if you have questions.

Sincerely,

Your Customer Service Team

CVS/pharmacy®, Navarro Discount Pharmacy®, Family Dollar, MoneyGram, Dollar General® and ACE Cash Express are independent companies assisting in the collection of premium payment on behalf Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).



[Logo varies based on product]

**Item #** EB18 FB  
**Form #:** 86202S  
**Letter:** Email to notify that bill is ready to view/pay - Spanish  
**Trigger:** New invoice is prepared for viewing/payment (non-APO)  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that generates invoices

(Subject: Your bill is now available)

**Subject: Your bill is ready to view and pay**

Asunto: Su factura está lista

Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>

Estimado(a) <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Ya puede ver y pagar su factura mensual. Puede pagar utilizando una de las opciones a continuación:

- Por Internet: **Inicie sesión** en su cuenta de miembro en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es). Pague la factura de este mes, y además puede programar pagos automáticos para que salgan el primer día de cada mes\* de aquí en adelante.
- En persona:
  - En una farmacia CVS/pharmacy® (a excepción de las ubicaciones en Target®) o Navarro Discount Pharmacy® cerca de usted, con tarjeta de crédito o débito
  - En establecimientos ACE Cash Express o MoneyGram: en efectivo
  - En Dollar General®: con efectivo o tarjeta de débito
  - En Family Dollar: en efectivo
- Por correo: Use la dirección que aparece en su factura
- Pagar por teléfono: Llame al número de atención al cliente que se encuentra en su tarjeta de miembro.

\* Si el primer día del mes cae en un fin de semana o vacaciones, deduciremos su pago el siguiente día hábil. Para obtener detalles sobre cómo hacer un pago, [haga clic aquí](#).

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Su equipo de atención al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar las preferencias para las comunicaciones electrónicas y en papel.

CVS/pharmacy®, Navarro Discount Pharmacy, Family Dollar, MoneyGram, Dollar General, y ACE Cash Express son compañías independientes que proporcionan servicios de apoyo para pagos a los clientes de Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

Hay servicios disponibles de traducción para estos idiomas: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Para más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

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

86202S 0817R

**Item #:** N/A  
**Form #:** 111  
**Letter:** Monthly Bill is Ready  
Postcard  
**Trigger:** Upon failure of email  
invoice notification  
**Timing:** Monthly

**Important notice inside.  
Please open.**



**HMO**  
Enrollment & Billing Department Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236 Jacksonville, FL 32231-4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE PAID  
FLORIDA BLUE

(261)



Hello,

It's time to pay your monthly bill. Simply log in to your account at **floridablue.com**, and click "**Pay Your Bill**". You can pay online, set up auto pay or choose another way to pay.

If you've already sent your payment in full, thank you!

**To make sure you get updates by email:**

1. Log in at floridablue.com. Click **New Member Registration** if you haven't signed up yet.
2. **After you log in, click the My Account button at the top right of your screen.**
3. Add or update your email address, and click **Submit**.
4. Check your inbox for an email from Florida Blue. You're not done until you click the link to **confirm** your address.

**Timing's everything.** If you confirmed your email within the last 10 days, you're all set. Your next bill alert will be sent by email.

Health insurance is offered by Florida Blue. HMO coverage is offered by Florida Blue HMO, an HMO affiliate of Florida Blue. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. You may access the Nondiscrimination and Accessibility notice at [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice). Espanol, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/language](http://floridablue.com/language) services.  
88639 0217

**Item #:** N/A  
**Form #:** 111A  
**Letter:** Monthly Bill is Ready  
Postcard  
**Trigger:** Upon failure of email  
invoice notification

**Aviso urgente.  
¡Ábrelo ahora!**

*Florida Blue* 

**HMO**  
Enrollment & Billing Department Individual Under 65 Plans  
P.O. Box 44236 Jacksonville, FL 32231-4236

PRESORTED  
STANDARD MAIL  
U.S. POSTAGE PAID  
FLORIDA BLUE

(261)



**¡Hola!**

Es hora de pagar tu factura mensual. Solo inicia sesión en tu cuenta en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es) y haz clic en "**Paga tu factura**". Puedes pagar por Internet, programar un pago automatico o tambien puedes elegir otra forma de pagar.

**Para asegurarte de recibir las alertas por correo electrónico:**

1. Inicia sesión en [floridablue.com/es](http://floridablue.com/es). Haz clic en **Registro para miembros nuevos** si todavia no te has registrado.
2. En la pantalla de inicio, haz clic en el recuadro verde **Mi cuenta**.
3. Ingresa o modifica tu dirección de correo electrónico y haz clic en **Enviar**.
4. Verifica en tu bandeja de entrada si llegó un correo electrónico de Florida Blue. Haz clic en el enlace para **confirmar** tu dirección o de lo contrario no habrás terminado.

**¡Hazlo ahora!** Si confirmaste tu correo electrónico durante los ultimos 10 días, ya está todo listo. Tu próxima alerta será enviada por correo electrónico.

Florida Blue ofrece cobertura de salud. Florida Blue HMO, una afiliada HMO de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. Estas companias son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puedes tener acceso a la Notificación de no discriminación y accesibilidad en [floridablue.com/es/ndnotice](http://floridablue.com/es/ndnotice). Espanol, Kreyol Ayisien: [floridablue.com/es/languageeservices](http://floridablue.com/es/languageeservices).

88639S 0217

Esta es una traducción de su original en ingles. La version en ingles prevalecera.

**Billtrust Email Item # 85768 or 85772 (Health/Dental)**  
**Letter:** Billtrust Email – To Confirm Online Payment  
**Trigger:** Upon successful online payment  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes the payment



[Logo varies based on product]

**Subject:** Payment confirmation

Hello Member,

Thank for your recent premium payment. Your payment confirmation number is <12345>.

**To view your bills and payment history online...**

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida Blue

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](#) and changing your email preferences.

85768 0716R or 85772 0716R



[Logo varies based on product]

**Billtrust Email Item # 85769 or 85773 (Health/Dental)**  
**Letter:** Billtrust Email – Notice about payment  
**Trigger:** Unsuccessful online payment  
**Timing:** Following daily (M-F) batch that processes payments

**Subject:** There was a problem with your recent online payment

Hello Member,

Unfortunately, your recent online payment did **not** process successfully. Please log in to your account to see details about this payment and to make another payment.

**To view your bill and payment history online...**

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.

You may also pay your bill in person by visiting any one of our Florida Blue Centers. [Find the location nearest you](#). Or, pay your bill by phone by calling the customer service number on your member ID card.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

[Florida Blue] or [FCL]

Language assistance available: [Español, Kreyol Ayisien, Tiếng Việt, Português, 中文, français, Tagalog, русский, italiano, Deutsche, 한국어, Polskie, Gujarti, తెలుగు, العربية, 日本語, فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are [Independent](#) Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences

85769 0716R or 85773 0716R



[Logo varies based on product]

**Billtrust Email Item # 85770 or 85774 (Health/Dental)**  
**Letter:** Billtrust Email – Update payment details for debit card  
**Trigger:** Debit card payment rejected  
**Timing:** Upon expiration of debit card on file

**Subject:** It's time to update your payment information

Hello Member,

The debit card account ending in <last four of account number> used to pay your insurance premium has expired.

**To update your account information for future payments...**

- [Log in](#) to your member account.
- Select **Bill Paying Services** under the **Claims & Expenses** tab.
- Click on **Pay Your Bill Now**.
- Select **My Payments**, and then **Add Debit Card**.

We're here to help you in your pursuit of health. If you have any questions, please call the customer service number on your member ID card or visit us at a [Florida Blue Center](#).

Sincerely,

Your Membership & Billing Team

Florida Blue

Language assistance available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [ไทย](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

**Please do not reply to this e-mail notification.** This is an automated email that does not accept reply or forward emails.

The View and Pay Bill capabilities are offered to members of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. DBA Florida Blue affiliates Health Options, Inc. DBA Florida Blue HMO, and Florida Combined Life Insurance Company, Inc. DBA Florida Combined Life. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue accepts payment on behalf of Florida Combined Life for dental, life and ancillary products.

You may choose to opt out of receiving email notifications at any time by returning to [floridablue.com](http://floridablue.com) and changing your email preferences.

85770 0716R or 85774 0716R

**Item #:** EB19 (Email)

**Form #:** 91096

**Trigger:** Enrollment Complete-Binder Due

**Timing:** 3 days after enrollment has been completed and member has not yet paid a full binder

Subject: Make your first payment to start your benefits!

**Member ID:** <Florida Blue Contract Number>

Dear <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Your enrollment is underway. To be sure your benefits start on the day you chose, be sure to make your first payment in full no later than your first day of coverage. Don't miss out on even a day of care: **send your payment today** or risk having to wait until the next enrollment period to get covered!

### Ways to pay

- *Credit card, debit card or electronic bank transfer:* Call us at 800-352-2583, or pay online at [floridablue.com/paynow](http://floridablue.com/paynow).
- *Check, cashier's check or money order:* Mail your payment, along with your payment coupon, to: Florida Blue, PO Box 660879, Dallas, TX 75266-0879.

**After you make your first full payment**, we'll mail out your member ID cards. And if you're signed up for email alerts, watch your inbox for a link to a quick virtual tour of your benefits and how they work.

*If you've already made your first payment, thank you! Please ignore this reminder.*

We look forward to serving you for years to come!

Sincerely,  
Your Customer Service Team

Click [here](#) to change your preferences for electronic and paper communications.

Language Assistance Available: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate. For more information, visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

91096 1117

Item #: EB20 (Email)

Form #: 91096S

Trigger: Enrollment Complete-Binder Due

Timing: 3 days after enrollment has been completed and member has not yet paid a full binder

**Subject: ¡Haga su primer pago para comenzar sus beneficios!**

**Número de identificación de miembro: <Florida Blue Contract Number>**

Estimado/a <Recipient First Name> <Recipient Last Name>:

Su inscripción está siendo procesada. Para que sus beneficios comiencen el día que usted seleccionó, debe asegurarse de hacer su primer pago **completo** antes del primer día de su cobertura. No pierda ni un solo día de cobertura: **envíe su pago hoy** y no se arriesgue a tener que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción para obtener cobertura.

### Formas de pagar

- *Tarjeta de crédito, tarjeta de débito o transferencia electrónica bancaria:* Llámenos al 800-352-2583, o pague por Internet en [floridablue.com/paynow](http://floridablue.com/paynow).
- *Cheque, cheque de gerencia o giro postal:* Envíe su pago por correo, junto con su cupón de pago a: Florida Blue, PO Box 660879, Dallas, TX 75266-0879.

**Después que haga su primer pago completo**, le enviaremos por correo sus tarjetas de identificación. Si usted recibe alertas por correo electrónico, revise su correo en el que tendrá un enlace a un video que le hablará acerca de sus beneficios y cómo funcionan.

*Si ya hizo su primer pago, ¡muchas gracias! Por favor ignore este aviso.*

¡Esperamos poder ayudarlo por los próximos años!

Atentamente,  
Su equipo de servicio al cliente

Haga clic [aquí](#) para cambiar sus preferencias de comunicaciones electrónicas y de papel. Hay servicios disponibles de traducción para esta notificación: [Español](#), [Kreyol Ayisien](#), [Tiếng Việt](#), [Português](#), [中文](#), [français](#), [Tagalog](#), [русский](#), [italiano](#), [Deutsche](#), [한국어](#), [Polskie](#), [Gujarti](#), [العربية](#), [日本語](#), [فارسی](#)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos. Si necesita más información, visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice).

Este documento es una traducción de 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.

91096S 1117