



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work®

# Horizon HSA HMO Access

## Diseño del plan

### Detalles de los beneficios

Copago por médico de atención primaria (PCP) seleccionado	Copago por visitas a otro médico	Monto máximo a su cargo (MOOP)	Deducible	
\$30	\$50	\$5,000	\$2,500	
Copago por paciente ambulatorio: laboratorio y radiología	Copago por paciente ambulatorio: cirugía	Copago por paciente ambulatorio que no sea por laboratorio y radiología	Copago por paciente hospitalizado	Copago por centro de cirugía
\$50	\$250	\$50	\$500	\$250
\$100 para tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, espectroscopia por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y estudios de medicina nuclear				
El deducible familiar es dos veces el individual y es un total familiar real. Para que todos los familiares cubiertos reciban los beneficios, el total familiar real requiere que se cumpla con todo el deducible familiar. El monto máximo a su cargo (MOOP) familiar es dos veces el MOOP individual y es un total familiar real. Una familia puede cumplir con el MOOP total familiar real por medio de los gastos de un familiar cubierto o una combinación de los gastos de los familiares. Una vez que se llega a este saldo, todos los familiares cubiertos recibirán los beneficios.				
Beneficio	Dentro de la red			
Monto máximo por período de beneficios	Ilimitado			
Monto máximo de por vida	Ilimitado			
Selección del médico de atención primaria	No es necesaria. Sin embargo, el copago más bajo por los servicios del PCP está disponible sólo para un PCP preseleccionado.			
Visitas al consultorio del médico				
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	100% después del deducible y del copago			
Visitas al consultorio de especialistas	100% después del deducible y del copago por visitas a otro médico No es necesaria una derivación para consultar a un especialista, aunque ciertos servicios aún requieren una aprobación previa.			
Visitas por maternidad (La atención obstétrica incluye las visitas prenatales/postnatales y el parto).	100% después del deducible y de un copago de \$25 sólo por la visita inicial			
Exámenes y tratamiento de alergias	100% después del deducible y del copago por visitas al médico			
Atención preventiva	100% después del copago por visitas al médico			
Procedimientos de diagnóstico				
Laboratorio	Consultorio: 100% después del deducible y del copago por visitas al médico; Establecimiento para pacientes ambulatorios: 100% después del deducible y de un copago de \$50. (Requiere aprobación previa).			
Servicios de radiología/radiografías (que no sean complejos)	100% después del deducible y de un copago de \$50			
Servicios de radiología/radiografías (complejos)	100% después del deducible y de un copago de \$100			
Las tomografías computarizadas/angiografías tomográficas computarizadas, las tomografías por emisión de positrones, las resonancias magnéticas/angiografías por resonancia magnética y los estudios de medicina nuclear (incluidos los servicios de cardiología nuclear) requieren autorización previa. El médico que recete dichos servicios debe solicitar una autorización previa llamando a CareCore National, LLC (CCN), al número 1-866-496-6200, y proporcionar la información clínica necesaria. Una vez que se recibe el número de autorización, el miembro puede llamar al CCN, al número 1-866-969-1234, para programar una cita.				
Nota: Los miembros de atención administrada pueden llamar al número 1-866-969-1234 a fin de obtener un número de confirmación para los procedimientos de diagnóstico por imágenes simples. Los números de confirmación de CCN reemplazan la necesidad de realizar una derivación por escrito.				
Atención para pacientes hospitalizados				
Servicios de hospitalización (incluye maternidad). Habitación y alimentos se aplican a una habitación semiprivada o a terapia intensiva. Todas las hospitalizaciones requieren autorización previa de Horizon BCBSNJ.	100% después del deducible y de un copago de \$500 por paciente hospitalizado por día, monto máximo de \$2,500 por hospitalización.			
Exámenes previos a la hospitalización	100% después del deducible			
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100% después del deducible			

Copago por médico de atención primaria (PCP) seleccionado	Copago por visitas a otro médico	Monto máximo a su cargo (MOOP)	Deducible	
\$30	\$50	\$5,000	\$2,500	
Copago por paciente ambulatorio: laboratorio y radiología	Copago por paciente ambulatorio: cirugía	Copago por paciente ambulatorio que no sea por laboratorio y radiología	Copago por paciente hospitalizado	Copago por centro de cirugía
\$50 \$100 para tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, espectroscopia por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y estudios de medicina nuclear	\$250	\$50	\$500	\$250
<p><b>El deducible familiar es dos veces el individual y es un total familiar real. Para que todos los familiares cubiertos reciban los beneficios, el total familiar real requiere que se cumpla con todo el deducible familiar. El monto máximo a su cargo (MOOP) familiar es dos veces el MOOP individual y es un total familiar real. Una familia puede cumplir con el MOOP total familiar real por medio de los gastos de un familiar cubierto o una combinación de los gastos de los familiares. Una vez que se llega a este saldo, todos los familiares cubiertos recibirán los beneficios.</b></p>				
<b>Beneficio</b>		<b>Dentro de la red</b>		
<b>Atención de emergencia</b>				
El copago por visitas a la Sala de Urgencias no se aplica si el paciente es hospitalizado en un plazo de 24 horas.		100% después del deducible y de un copago de \$100		
Ambulancia		100% después del deducible (requiere aprobación previa)		
<b>Atención para pacientes ambulatorios</b>				
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		100% después del deducible y de un copago de \$50		
Servicios médicos para pacientes ambulatorios/en un centro de cirugía ambulatoria		100% después del deducible		
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)		100% después del deducible y de un copago de \$250		
<b>Servicios de salud mental</b>				
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes hospitalizados		100% después del deducible y de un copago de \$500 por paciente hospitalizado por día, monto máximo de \$2,500 por hospitalización.		
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes ambulatorios		100% después del deducible y de un copago de \$50		
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes hospitalizados		100% después del deducible y de un copago de \$500 por paciente hospitalizado por día, monto máximo de \$2,500 por hospitalización. Se limita a 30 días de hospitalización por año calendario. Un día de hospitalización puede intercambiarse por dos visitas de atención ambulatoria. (Requiere aprobación previa).		
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes ambulatorios		100% después del deducible y del copago por visitas al médico. Se limita a 20 visitas por año calendario.		
		Todos los servicios para enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de sustancias para pacientes hospitalizados se deben coordinar por medio de los Servicios de salud conductual de Magellan Health Services, llamando al número <b>1-800-626-2212</b> .		
<b>Servicios por abuso de alcohol</b>				
Pacientes hospitalizados		100% después del deducible y del copago por paciente hospitalizado		
Departamento para pacientes ambulatorios		100% después del deducible y de un copago de \$50		
Consultorio médico		100% después del deducible y del copago por visitas al médico		
		El abuso de alcohol se trata como cualquier otra enfermedad.		
<b>Otros servicios</b>				
Cirugía bariátrica (requiere aprobación previa)		100% después del deducible y del copago		
Educación sobre diabetes		100% después del deducible y del copago por visitas al médico		
Suministros para personas diabéticas		100% después del deducible (requiere aprobación previa)		
Equipo médico duradero		50% después del deducible; se limita a un máximo de \$2,500 por año calendario (requiere aprobación previa).		
Prótesis y dispositivos ortopédicos (por mandato de NJ)		100% después del deducible y del copago por visitas al PCP		
Atención de salud en el hogar		100% después del deducible y de un copago de \$50. Se limita a 60 visitas por año calendario si se obtiene la aprobación previa.		
Cuidados paliativos		100% después del deducible; días ilimitados si se obtiene la aprobación previa.		
Esterilidad Se excluyen ciertos servicios de fecundidad.		100% después del deducible y del copago (requiere aprobación previa)		

Copago por médico de atención primaria (PCP) seleccionado	Copago por visitas a otro médico	Monto máximo a su cargo (MOOP)	Deducible	
\$30	\$50	\$5,000	\$2,500	
Copago por paciente ambulatorio: laboratorio y radiología	Copago por paciente ambulatorio: cirugía	Copago por paciente ambulatorio que no sea por laboratorio y radiología	Copago por paciente hospitalizado	Copago por centro de cirugía
\$50 \$100 para tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, espectroscopia por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y estudios de medicina nuclear	\$250	\$50	\$500	\$250

El deducible familiar es dos veces el individual y es un total familiar real. Para que todos los familiares cubiertos reciban los beneficios, el total familiar real requiere que se cumpla con todo el deducible familiar. El monto máximo a su cargo (MOOP) familiar es dos veces el MOOP individual y es un total familiar real. Una familia puede cumplir con el MOOP total familiar real por medio de los gastos de un familiar cubierto o una combinación de los gastos de los familiares. Una vez que se llega a este saldo, todos los familiares cubiertos recibirán los beneficios.

Beneficio	Dentro de la red
Terapia del habla y cognitiva: límite de 30 visitas combinadas por año	100% después del deducible y del copago por visitas al médico
Fisioterapia y terapia ocupacional: límite de 30 visitas combinadas por año	100% después del deducible y del copago por visitas al médico
Institución de enfermería especializada/Centro de atención extendida (Si se realiza directamente una hospitalización, no se aplica el copago).	100% después del deducible y de un copago de \$500; días ilimitados. (Requiere aprobación previa).
Manipulación terapéutica: máximo de 30 visitas por año calendario	100% después del deducible y del copago por visitas al médico
Examen de la vista (Exámenes físicos de rutina, incluyendo exámenes de la vista)	100% después del copago por visitas al médico
Equipo óptico	Sin cobertura
Medicamentos de venta con receta médica	Coseguro del 50% después del deducible. Es posible que requiera autorización previa.
Elegibilidad	La cobertura para dependientes incluye a los hijos solteros menores de 19 años de edad. Los estudiantes de tiempo completo que están inscritos en una escuela acreditada tienen cobertura hasta el día en que cumplen 23 años de edad.
Enfermedades preexistentes	Una enfermedad preexistente es una afección que ha sido diagnosticada o tratada en los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Esto se aplica a los grupos de entre dos y cinco empleados elegibles y a quienes se inscriban tarde en grupos de seis o más personas (aquellos que no se inscriban en el plazo de 30 días para ser elegibles). La cobertura previa se puede reconocer a fin de cumplir con la limitación de enfermedades preexistentes, si esa cobertura no venció antes de los 90 días previos a la fecha de entrada en vigencia de la nueva cobertura.
Autorización previa	Para algunos servicios/procedimientos es necesario obtener una autorización previa. Para ver una lista completa, comuníquese con Servicios para Miembros al número <b>1-800-355-BLUE (2583)</b> o visite <a href="http://www.HorizonBlue.com">www.HorizonBlue.com</a> .

Este resumen destaca las características principales de su programa de beneficios de salud. No es un contrato y se pueden aplicar ciertas limitaciones y exclusiones.

El pago de los beneficios está sujeto exclusivamente a los términos del contrato. Consulte el folleto de beneficios para obtener más información.

Información adicional:

- Continuaremos renovando la cobertura según lo decida el patrocinador del plan, excepto por los siguientes motivos:  
Falta de pago de las primas, fraude, incumplimiento del aporte o de las reglas de participación, retiro del plan del mercado o la falta de cualquier miembro que viva o trabaje en el área de servicio.
- Requerimos que el empleador aporte un mínimo del 10 por ciento del costo del plan de beneficios de salud para grupos.
- Requerimos que el 75 por ciento de sus empleados elegibles (los que trabajan 25 horas o más) participen en un plan grupal que usted ofrezca. Aquellos cubiertos por un plan grupal del cónyuge se considerarán para el 75 por ciento. Todas las compañías afiliadas, subsidiarias y de propiedad en común se consideran como una compañía.
- Una enfermedad preexistente es una afección que ha sido diagnosticada o tratada en los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Esto se aplica a los grupos de entre dos y cinco empleados elegibles y a quienes se inscriban tarde en grupos de seis o más personas (aquellos que no se inscriban en el plazo de 30 días para ser elegibles). La cobertura previa se puede reconocer a fin de cumplir con la limitación de enfermedades preexistentes, si esa cobertura no venció antes de los 90 días previos a la fecha de entrada en vigencia de la nueva cobertura.
- Nuestra área de servicio abarca los 21 condados de Nueva Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union y Warren.

Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, brinda los servicios y los productos.

© Marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

® y SM son los símbolos de marca registrada y marca de servicio de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2009 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey  
Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105