



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work®

Horizon Advantage Direct Access

100%/80%/60%

Detalles de los beneficios (a partir del 1 de diciembre de 2009)

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$7,500
\$30/\$50	\$2,500	\$5,000	\$4,000	\$10,000

El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.

El monto máximo a su cargo se aplica por año calendario. El deducible, el coseguro y los copagos se aplican al monto máximo a su cargo.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Monto máximo por período de beneficios	Ilimitado	Ilimitado
Monto máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Selección del médico de atención primaria	No es necesaria	

Visitas al consultorio del médico

Visitas al consultorio del médico de atención primaria	100% después del copago	60% después del deducible
	Un médico de atención primaria (PCP) es un médico general o de familia, un internista o un pediatra.	
Visitas al consultorio de especialistas	100% después del copago	60% después del deducible
	No es necesaria una derivación para las visitas al consultorio de un especialista.	
Visitas por maternidad (La atención obstétrica total incluye las visitas prenatales/postnatales y el parto).	100% después del copago	60% después del deducible
	Copago de \$25 por embarazo sólo por la visita inicial	
Exámenes y tratamiento de alergias	100% después del copago	60% después del deducible
Atención preventiva	100% después del copago	100%
	Un monto máximo de \$750 por hijo dependiente cubierto hasta el último día del año calendario en el que el niño cumple un año de edad. Un monto máximo de \$500 por año calendario por persona cubierta. No está sujeto al deducible ni al coseguro.	

Procedimientos de diagnóstico

Laboratorio	100% cuando los análisis los realiza un laboratorio participante	60% después del deducible
Servicios de radiología/radiografías para pacientes ambulatorios	100% cuando los servicios los presta un radiólogo participante	60% después del deducible

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.*

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$7,500
\$30/\$50	\$2,500	\$5,000	\$4,000	\$10,000

El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.
El monto máximo a su cargo se aplica por año calendario. El deducible, el coseguro y los copagos se aplican al monto máximo a su cargo.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención para pacientes hospitalizados		
Servicios de hospitalización (incluye maternidad). Habitación y alimentos se aplican a un habitación semiprivada o a terapia intensiva. Todas las hospitalizaciones requieren autorización previa de Horizon BCBSNJ.	80% después del deducible	60% después del deducible
Exámenes previos a la hospitalización	80% después del deducible	60% después del deducible
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	80% después del deducible	60% después del deducible
Atención de emergencia		
El copago por visitas a la Sala de Urgencias no se aplica si el paciente es hospitalizado en un plazo de 24 horas.	Copago de \$100, después se aplica deducible un coseguro del 80%. No se aplican deducibles a los cargos del establecimiento por visitas a la Sala de Urgencias.	Copago de \$100, después se aplican el y un coseguro del 60%.
Ambulancia	80% después del deducible Se requiere aprobación previa para el transporte en situaciones que no son de emergencia.	60% después del deducible
Atención para pacientes ambulatorios		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% después del deducible
Servicios médicos para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% después del deducible
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	80% después del deducible	60% después del deducible Se limita a un máximo de \$2,000 por año calendario por persona.
Servicios médicos en un centro de cirugía ambulatoria	80% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de salud mental		
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes hospitalizados	80% después del deducible	60% después del deducible
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes ambulatorios	Consultorio: 100% después del copago. Establecimiento para pacientes ambulatorios: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes hospitalizados	80% después del deducible Se limita a 30 días combinados de hospitalización por año calendario. Un día de hospitalización puede intercambiarse por dos visitas de atención ambulatoria. (Requiere aprobación previa).	60% después del deducible
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes ambulatorios	80% después del deducible Se limita a 20 días combinados de atención ambulatoria por año calendario. Un día de hospitalización puede intercambiarse por dos visitas de atención ambulatoria. (Requiere aprobación previa). 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 1-800-626-2212 .	60% después del deducible

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$7,500
\$30/\$50	\$2,500	\$5,000	\$4,000	\$10,000

El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.

El monto máximo a su cargo se aplica por año calendario. El deducible, el coseguro y los copagos se aplican al monto máximo a su cargo.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios por abuso de alcohol		
Pacientes hospitalizados	80% después del deducible	60% después del deducible
Departamento para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% después del deducible
Consultorio médico	100% después del copago El abuso de alcohol se trata como cualquier otra enfermedad.	60% después del deducible
Otros servicios		
Cirugía bariátrica (Requiere aprobación previa).	80% después del deducible	60% después del deducible
Educación sobre diabetes	80% después del deducible	60% después del deducible
Suministros para personas diabéticas	80% después del deducible	60% después del deducible
Equipo médico duradero	Coseguro del 50% Límite combinado de \$2,500 por año calendario por persona.	50% después del deducible
Prótesis y dispositivos ortopédicos (por mandato de NJ)	100% después del copago	60% después del deducible
Atención de salud en el hogar - Limitado a un máximo de 60 visitas por persona cada año.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.	60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Cuidados paliativos	80% después del deducible Requiere aprobación previa.	60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Esterilidad <i>Se excluyen ciertos servicios de fecundidad.</i>	100% después de un copago en el consultorio 80% después del deducible por todos los otros Requiere aprobación previa	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Terapia del habla y cognitiva Límite de 30 visitas combinadas por año	Consultorio: 100% después del copago Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Fisioterapia y terapia ocupacional Límite de 30 visitas combinadas por año	Consultorio: 100% después del copago Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Institución de enfermería especializada/ Centro de atención extendida	80% después del deducible 120 días por año calendario Debe comenzar en un plazo de 14 días desde la hospitalización anterior. Requiere aprobación previa.	60% después del deducible 120 días por año calendario
Manipulación terapéutica Máximo de 30 visitas por año calendario	Consultorio: 100% después del copago Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Exámenes de la vista (Los exámenes de la vista no están cubiertos, excepto las pruebas de detección de atención preventiva para hijos dependientes de hasta 17 años de edad en el consultorio del pediatra).	100% después del copago	60% después del deducible

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$7,500
\$30/\$50	\$2,500	\$5,000	\$4,000	\$10,000

El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.

El monto máximo a su cargo se aplica por año calendario. El deducible, el coseguro y los copagos se aplican al monto máximo a su cargo.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Otros servicios (continuación)		
Equipo óptico	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de venta con receta médica * Todos los costos por MMRX se acumulan para el monto máximo a su cargo.	60% después del deducible Es posible que requiera autorización previa. Aplica formulario de ventaja	
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 1-800-355-BLUE (2583) o visite www.HorizonBlue.com .	

Si decide recibir la atención de los profesionales de la salud que participan en las redes de Horizon BCBSNJ puede ahorrar dinero. Cuando usa los servicios de médicos, hospitales y otros establecimientos médicos participantes, generalmente paga sólo su copago y cualquier coseguro o deducible de dentro de la red aplicable. Si recibe servicios en un establecimiento o por parte de un proveedor de fuera de la red, se aplicarán sus beneficios por servicios de fuera de la red. Esto significa que usted será responsable de los importes que excedan el reembolso permitido establecido por Horizon BCBSNJ para ese servicio en particular, lo cual puede generar un importante costo a su cargo. Deberá pagar ese importe directamente en el hospital, centro de cirugía ambulatoria o proveedor no participantes. Si recibe los servicios de los profesionales de la salud de la red de Horizon-BCBSNJ, los costos de la atención de salud serán bajos.

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 Blue Cross Blue Shield of New Jersey, un licenciatario 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

27155 (W1109)