



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work.®

# Horizon Advantage Direct Access

## 100%/70%

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

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$6,000	
<p>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.</p>				
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	100% después del copago		70% 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 de atención primaria	100% después del copago		70% 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 de un copago de \$25 sólo por la visita inicial		70% después del deducible	
Exámenes y tratamiento de alergias	100% después del copago		70% 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 persona cubierta, por año calendario. No está sujeto al deducible ni al coseguro.			
Procedimientos de diagnóstico				
Laboratorio	100% cuando los análisis los realiza un laboratorio participante		70% después del deducible	
Servicios de radiología/radiografías para pacientes ambulatorios	100% cuando los servicios los presta un radiólogo participante		70% después del deducible	
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.	Copago de \$250 por paciente hospitalizado por día Monto máximo de \$1,250 por internación Monto máximo de \$2,500 por año calendario por persona		70% después del deducible	
Exámenes previos a la hospitalización	100% después del copago		70% después del deducible	

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Fuera de la red		Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500		\$2,500	\$6,000
<p>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.</p>				
Beneficio	Dentro de la red		Fuera de la red	
<b>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</b>				
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100% después del copago		70% después del deducible	
<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.	Copago de \$100		Copago de \$100, después se aplican el deducible y un coseguro del 70%	
Ambulancia	100%		70% después del deducible	
<b>Atención para pacientes ambulatorios</b>				
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	100% después de un copago de \$40		70% después del deducible	
Servicios médicos para pacientes ambulatorios	100% después del copago		70% después del deducible	
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	100% después de un copago de \$40		70% después del deducible Se limita a un máximo de \$2,000 por año calendario por persona.	
Servicios médicos en un centro de cirugía ambulatoria	100% después del deducible		70% después del deducible	
<b>Servicios de salud mental</b>				
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado		70% después del deducible	
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes ambulatorios	100% después del copago		70% después del deducible	
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado 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).		70% después del deducible	
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes ambulatorios	100% después de un copago de \$40		70% 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 <b>1-800-626-2212</b> .	
<b>Servicios por abuso de alcohol</b>				
Pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado		70% después del deducible	
Departamento para pacientes ambulatorios	100% después de un copago de \$40		70% después del deducible	
Consultorio médico	100% después del copago		70% después del deducible El abuso de alcohol se trata como cualquier otra enfermedad.	

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Fuera de la red		Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500		\$2,500	\$6,000
<b>El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.</b>				
<b>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.</b>				
Beneficio	Dentro de la red		Fuera de la red	
<b>Otros servicios</b>				
Cirugía bariátrica (Requiere aprobación previa).	100% después del copago		70% después del deducible	
Educación sobre diabetes	100% después del copago		70% después del deducible	
Suministros para personas diabéticas	100%		70% después del deducible	
Equipo médico duradero	50% Requiere aprobación previa. Límite combinado de \$2,500 por año calendario por persona.		50% después del deducible Requiere aprobación previa.	
Prótesis y dispositivos ortopédicos (por mandato de NJ)	100% después del copago		70% después del deducible	
Atención de salud en el hogar - Limitado a un máximo de 60 visitas por persona cada año.	100% Requiere aprobación previa.		70% después del deducible Requiere aprobación previa.	
Cuidados paliativos	100% Requiere aprobación previa.		70% después del deducible Requiere aprobación previa.	
Esterilidad <i>Se excluyen ciertos servicios de fecundidad.</i>	100% después del copago Requiere aprobación previa.		70% después del deducible Requiere aprobación previa.	
Terapia del habla y cognitiva Límite de 30 visitas combinadas por año	100% después de un copago de \$20		70% después del deducible	
Fisioterapia y terapia ocupacional Límite de 30 visitas combinadas por año	100% después de un copago de \$20		70% después del deducible	
Institución de enfermería especializada/ Centro de atención extendida	100% después del copago por paciente hospitalizado 120 días por año calendario Debe comenzar en un plazo de 14 días desde la hospitalización anterior. Requiere aprobación previa.		70% después del deducible 120 días por año calendario	
Manipulación terapéutica Máximo de 30 visitas por año calendario	100% después de un copago de \$20		70% después del deducible	
Exámenes de la vista (Los exámenes de la vista no están cubiertos, excepto las pruebas de detección de atención preventiva para hijosdependientes de hasta 17 años de edad en el consultorio del pediatra).	100% después del copago		70% después del deducible	
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.	70% después del deducible Es posible que requiera autorización previa.			

Copago por visitas al consultorio	Deducible		Monto máximo a su cargo	
	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$20/\$40	\$1,500	\$2,500	\$2,500	\$6,000

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
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 <b>1-800-355-BLUE (2583)</b> o visite < <a href="http://www.HorizonBlue.com">www.HorizonBlue.com</a> >.	

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

27158 (W1109)