

## Horizon PPO 90/80/60 Detalles de los beneficios

Copago por visitas al consulto	Deducible	Monto máximo a su cargo	
		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Horizon PPO 90/80/60 Plan B</b>			
\$0	\$250	\$2,250	\$3,375
\$0	\$500	\$2,500	\$3,750
\$0	\$1,000	\$3,000	\$4,500
\$0	\$2,500	\$4,500	\$6,750
<p>El deducible familiar y máximo de bolsillo son dos veces la cantidad del individual.</p> <p>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> <p>No se aplican copagos por medicamentos de venta con receta médica al monto máximo a su cargo.</p>			
Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	
<b>Monto máximo por período de beneficios</b>	Ilimitado	Ilimitado	
<b>Monto máximo de por vida (lifetime)</b>	Ilimitado	Ilimitado	
<b>Selección del médico de atención primaria</b>	No es necesaria		
<b>Visitas al consultorio del médico</b>			
Visitas al consultorio del médico	90%	60% después del deducible	
	Un médico de atención primaria es un médico general o de familia, un internista o un pediatra.		
Servicios en consultorio de especialistas	90%	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)	80% después del deducible	60% después del deducible	
Exámenes y tratamiento de alergias	90%	60% después del deducible	
<b>Atención preventiva</b>	100%	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.		
<b>Procedimientos de diagnóstico</b>			
Laboratorio	Consultorio: 90% Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible	
Servicios de radiología/radiografías para pacientes ambulatorios	Consultorio: 90% Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible	
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Servicios de hospitalización (incluye maternidad)	80% después del deducible	60% después del deducible	
Habitación y alimentos se aplican para una habitación semiprivada o para terapia intensiva. Todas las hospitalizaciones requieren autorización previa de Horizon BCBSNJ.		Copago de \$200 por día Monto máximo de \$1,000 por internación Monto máximo de \$2,000 por año calendario por persona	
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	
<b>Atención de emergencia</b>			
No se aplica el copago por visitas a la Sala de Urgencias si el paciente es hospitalizado en un plazo de 24 horas.	80% después del deducible y de un copago de \$50	60% después del deducible y de un copago de \$50	
Ambulancia	80% después del deducible	60% después del deducible	
<b>Atención para pacientes ambulatorios</b>			
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% después del deducible	
Servicios médicos para pacientes ambulatorios/en un centro de cirugía ambulatoria	80% después del deducible	60% después del deducible	
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	80% después del deducible	60% después del deducible	
<b>Servicios de salud mental</b>			
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes hospitalizados	80% después del deducible	60% después del deducible Copago de \$200 por día Monto máximo de \$1,000 por internación Monto máximo de \$2,000 por año calendario por persona	
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes ambulatorios	Consultorio: 90% Otro: 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	60% después del deducible Copago de \$200 por día Monto máximo de \$1,000 por internación Monto máximo de \$2,000 por año calendario por persona	
	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).		
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% 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 de salud mental para enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de sustancias para pacientes hospitalizados deben coordinarse 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	80% después del deducible	60% después del deducible	
Departamento para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	60% después del deducible	
Consultorio médico	90%	60% después del deducible	
	El abuso de alcohol se trata como cualquier otra enfermedad.		

## Horizon PPO 90/80/60

### Detalles de los beneficios *(continuación)*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Otros servicios</b>		
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 Requiere aprobación previa.	60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Equipo médico duradero	Consultorio: 90% Otro: 80% después del deducible Requiere aprobación previa.	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Prótesis y dispositivos ortopédicos (por mandato de NJ)	90%	60% después del deducible
Atención de salud en el hogar	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>	Consultorio: 90% Otro: 80% después del deducible Requiere aprobación previa.	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible Requiere aprobación previa.
Terapia del habla y cognitiva <i>Límite de 30 visitas combinadas por año</i>	Consultorio: 90%, no se aplican deducibles Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Fisioterapia y terapia ocupacional <i>Límite de 30 visitas combinadas por año</i>	Consultorio: 90%, no se aplican deducibles 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 <i>120 días por año calendario</i> Debe comenzar en un plazo de 14 días desde la hospitalización anterior. Requiere aprobación previa.	60% después del deducible <i>120 días por año calendario</i>
Manipulación terapéutica <i>Máximo de 30 visitas por año calendario</i>	Consultorio: 90%, no se aplican deducibles Otro: 80% después del deducible	Consultorio: 60% después del deducible Otro: 60% después del deducible
Exámenes de la vista <i>(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).</i>	100%	60% después del deducible
Equipo óptico	Sin cobertura	
<b>Medicamentos de venta con receta médica</b> *Todos los costos por MMRx se acumulan para el monto máximo a su cargo <i>Se encuentran disponibles otras opciones de medicamentos de venta con receta médica. Comuníquese con su corredor o con un representante de Horizon BCBSNJ para obtener detalles.</i>	60% después del deducible Es posible que requiera autorización previa.	60% después del deducible Es posible que requiera autorización previa.
<b>Elegibilidad</b>	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.	
<b>Enfermedades preexistentes</b>	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.	
<b>Autorización previa</b>	Para algunos servicios/procedimientos es necesario obtener una autorización previa. Para ver una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente al número <b>1-800-355-BLUE (2583)</b> ; o bien, visite <a href="http://www.HorizonBlue.com">www.HorizonBlue.com</a> .	

Si decide recibir la atención de los proveedores 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 proveedores 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.
- 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 licenciario 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 © 2008 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105