

Horizon PPO 100/80

Detalles de los beneficios



Copago por visitas al consultorio	Deducible	Monto máximo a su cargo	
		Dentro de la red	Fuera de la red
Opción 1			
\$10	\$250	\$2,250	\$2,250
\$10	\$500	\$2,500	\$2,500
\$10	\$1,000	\$3,000	\$3,000
Opción 2			
\$20	\$500	\$2,500	\$2,500
\$20	\$1,000	\$3,000	\$3,000
<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
Monto máximo por período de beneficios	Ilimitado		Ilimitado
Monto máximo de por vida (lifetime)	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		80% 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	100% después del copago		80% 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		80% después del deducible
Exámenes y tratamiento de alergias	100% después del copago		80% 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		80% después del deducible
Servicios de radiología/radiografías para pacientes ambulatorios	100% cuando los realiza un radiólogo participante		80% después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados*			80% después del deducible
Servicios de hospitalización (incluye maternidad) Habitación y alimentos se aplican para una habitación semiprivada o para terapia intensiva. Todas las hospitalizaciones requieren autorización previa de Horizon BCBSNJ.	<p>Con un copago de \$10 por visitas al consultorio Copago de \$100 por paciente hospitalizado por día Monto máximo de \$500 por internación Monto máximo de \$1,000 por año calendario por persona</p>		
<i>*Se puede adquirir la cláusula adicional de internación en hospital con este plan. En ese caso, se descarta la internación en el hospital.</i>	<p>Con un copago de \$20 por visitas al consultorio 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</p>		
Exámenes previos a la hospitalización	100%		80% después del deducible
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100% después del copago		80% después del deducible
Atención de emergencia			
No se aplica el copago por visitas a la Sala de Urgencias si el paciente es hospitalizado en un plazo de 24 horas.	Copago de \$50		80% después del deducible y de un copago de \$50
Ambulancia	100%		80% después del deducible
Atención para pacientes ambulatorios			
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	100%		80% después del deducible
Servicios médicos para pacientes ambulatorios/en un centro de cirugía ambulatoria	100%		80% después del deducible
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	100%		80% después del deducible
Servicios de salud mental			
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado		80% después del deducible
Enfermedades mentales de origen biológico en pacientes ambulatorios	100% después del copago		80% después del deducible
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado		75% 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).		
Enfermedades mentales que no son de origen biológico/abuso de drogas en pacientes ambulatorios	100% después del copago		75% 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 1-800-626-2212 .		
Servicios por abuso de alcohol			
Pacientes hospitalizados	100% después del copago por paciente hospitalizado		80% después del deducible
Departamento para pacientes ambulatorios	100% después del copago		80% después del deducible
Consultorio médico	100% después del copago		80% después del deducible
	El abuso de alcohol se trata como cualquier otra enfermedad.		

Horizon PPO 100/80

Detalles de los beneficios *(continuación)*



Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Otros servicios		
Cirugía bariátrica	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Educación sobre diabetes	100% después del copago	80% después del deducible
Suministros para personas diabéticas	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Equipo médico duradero	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Prótesis y dispositivos ortopédicos (por mandato de NJ)	100% después del copago	80% después del deducible
Atención de salud en el hogar	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Cuidados paliativos	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Esterilidad <i>Se excluyen ciertos servicios de fecundidad.</i>	100% Requiere aprobación previa.	80% después del deducible Requiere aprobación previa.
Terapia del habla y cognitiva <i>Límite de 30 visitas combinadas por año</i>	100% después del copago	80% después del deducible
Fisioterapia y terapia ocupacional <i>Límite de 30 visitas combinadas por año</i>	100% después del copago	80% después del deducible
Institución de enfermería especializada/centro de atención extendida	100% <i>120 días por año calendario</i> Debe comenzar en un plazo de 14 días desde la hospitalización anterior. Requiere aprobación previa.	80% después del deducible <i>120 días por año calendario</i>
Manipulación terapéutica <i>Máximo de 30 visitas por año calendario</i>	100% después del copago	80% 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% después del copago	80% después del deducible
Equipo óptico	Sin cobertura	
Medicamentos de venta con receta médica *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.</i> <i>Comuníquese con su corredor o con un representante de Horizon BCBSNJ para obtener detalles.</i>	80% después del deducible Es posible que requiera autorización previa.	80% 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.	
Autorización previa	Para algunos servicios/procedimientos es necesario obtener una autorización previa. Para ver una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente al número 1-800-355-BLUE (2583) ; o bien, visite www.HorizonBlue.com .	

*Se puede adquirir la cláusula adicional de internación en hospital con este plan. En ese caso, se descartará la internación en el hospital.

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.
- Queremos que el empleador aporte un mínimo del 10 por ciento del costo del plan de beneficios de salud para grupos.
- Queremos 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