



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work[®]

Opciones de planes de medicamentos de venta con receta médica

Aplica formulario de ventaja

Para pequeñas empresas con de 2 a 50 empleados elegibles
 Detalles de los beneficios (A partir del 1° de agosto de 2009)

Opción 1 (\$15/50%)	Copago de venta al por menor	Copago de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Medicamentos genéricos preferidos**	\$15	\$30
Medicamentos de marca preferidos**	50%	50%
Medicamentos de marca no preferidos**	50%	50%
Copago máximo por medicamentos de venta con receta médica de marca preferidos	\$125 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 1 a 30 días \$250 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 31 a 60 días \$375 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 61 a 90 días	Copago máximo de \$250 en todos los suministros de cualquier cantidad de días
Copago máximo por medicamentos de venta con receta médica de marca no preferidos	\$150 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 1 a 30 días \$300 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 31 a 60 días \$450 por un suministro de medicamentos de venta con receta médica de 61 a 90 días	Copago máximo de \$300 en todos los suministros de cualquier cantidad de días
Opción 1 (\$15/50%)	Copago de venta al por menor	Copago de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Medicamentos genéricos preferidos**	\$15	\$30
Medicamentos de marca preferidos**	\$40	\$100
Medicamentos de marca no preferidos**	\$75	\$200

* Tenga en cuenta que esto no es un contrato. Estos detalles de los beneficios son sólo un resumen de los planes adicionales de medicamentos de venta con receta médica de Salud para pequeñas empresas (*Small Employer Health, SEH*) que ofrece Horizon BCBSNJ. Los planes de medicamentos de venta con receta médica no son elegibles con las opciones de los planes con deducible alto compatibles con HSA, Horizon MSA o el plan de salud integral Horizon Comprehensive Health Plan A. Estos detalles no describen todos los diseños de planes disponibles. Si desea obtener información sobre otros diseños de planes, llame al **1-800-466-BLUE (2583)**.

** Los medicamentos cubiertos se clasifican en uno de los tres niveles que se describen a continuación.

Nivel uno: Medicamentos genéricos preferidos (copago más bajo) Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration, FDA*) de los Estados Unidos y contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos son química y terapéuticamente equivalentes a los medicamentos de marca, pero se encuentran disponibles a un precio más bajo.

Nivel dos: Medicamentos de marca preferidos (copago intermedio) Se ha identificado a estos medicamentos de marca como las opciones terapéuticamente más seguras y eficaces para el tratamiento de la mayoría de las afecciones. Estos medicamentos no tienen equivalentes genéricos menos costosos, dado que se venden con un nombre de marca registrada.

Nivel tres: Medicamentos de marca no preferidos (copago más alto) Estos medicamentos de marca suelen tener un medicamento genérico equivalente o un medicamento de marca preferido alternativo.

Está disponible una guía de medicamentos de venta con receta médica en la que figuran todos los medicamentos preferidos cubiertos por nuestros planes de medicamentos de venta con receta médica del nivel tres. También puede visitar nuestro sitio Web en www.HorizonBlue.com para obtener más información. Comuníquese con su representante de Horizon BCBSNJ para obtener más información sobre estos planes de medicamentos de venta con receta médica.

Para obtener la información completa y verificar los beneficios, consulte la póliza de beneficios de salud para grupos. En caso de que haya discrepancia entre la información que se encuentra en estos detalles de los beneficios y los términos reales de su póliza para grupos, prevalecerán los términos de la póliza. Para obtener más información sobre su póliza, puede llamar a Servicio para Miembros al **1-800-555 BLUE(2583)**. Además de las exclusiones del plan estándar de medicamentos de venta con receta médica, este producto tiene exclusiones entre las que se encuentran los medicamentos para el control de peso, la disfunción eréctil, para dejar de fumar, los antihistamínicos, las vitaminas de venta con receta médica y los agentes para tratar el acné. Consulte el contrato para obtener una lista completa de las exclusiones.

Divulgación de la información según lo exige la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*):

1. 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, finalización del tipo de plan por parte nuestra; o con respecto a los planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud, mudanza de los empleados fuera del área de servicio.
2. Requerimos que el empleador aporte un mínimo del 10 por ciento del costo del plan de beneficios de salud para grupos.
3. 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.
4. Una enfermedad preexistente es una afección o una lesión que se manifiesta en los seis meses anteriores a la fecha de inscripción de una persona cubierta, en función de la cual, la persona recibió (o se le recomendó que recibiera) diagnóstico, consejos médicos, atención o tratamiento durante los seis meses anteriores a la fecha de inscripción. 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 una 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.
5. 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 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.

© 2009 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105