



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Los beneficios pueden cambiar al momento de la renovación. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite Servicios en Línea para Miembros en www.HorizonBlue.com/members o llame al 1-888-425-5611. Si actualmente usted no tiene cobertura con Horizon BCBSNJ, puede consultar un ejemplo de póliza aquí, http://www.state.nj.us/dobi/division_insurance/ihcseh/ihcforms.html. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-888-425-5611 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0.	Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención preventiva se cubre antes de pagar el deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Sí, para proveedores de atención médica/farmacia dentro de la red \$7,150.00 por individuo/ \$14,300.00 por familia. Familiar total.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluyen los <u>gastos directos del bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u> ?	Sí. Vea www.HorizonBlue.com o llame al 1-888-425-5611 para una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará lo máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30.00 de copago por visita. \$15.00 de copago por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline.	Sin cobertura.	Rige para proveedores de atención primaria (PCP) seleccionados.
	Visita al <u>especialista</u>	\$50.00 de copago por visita al especialista. \$15.00 de copago por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline.	Sin cobertura.	Rige para PCP no seleccionados.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Uno por año calendario. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Servicios de análisis clínicos: Sin cargo por visita al consultorio y laboratorio independiente. \$75.00 de copago por visita en un hospital para pacientes ambulatorios. Servicios de radiología: Sin cargo por visita al consultorio. \$75.00 de copago por visita en un centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Los análisis genómicos y moleculares están sujetos a la revisión de los motivos médicos antes y después del servicio.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$75.00 de copago en un centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en el Centro de servicios de Prime Therapeutics LLC (Prime) en www.MyPrime.com o llamando al 1-800-370-5088. Consulte el formulario en https://www.myprime.com/content/dam/prime/memberportal/forms/AuthorForms/HIM/2020/2020_NJ_3T_HealthInsuranceMarketplaceClassicDL.pdf	Medicamentos genéricos	\$15.00 de copago por venta minorista; \$30.00 de copago por pedido por correo.	\$15.00 de copago por venta minorista; \$30.00 de copago por pedido por correo.	Se puede requerir autorización previa. Cubre hasta un suministro de 30 días por copago, hasta un suministro de 90 días si se aplican copagos separados (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de marcas preferidas	50% de coseguro por venta minorista/ por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/ por pedido por correo.	Se puede requerir autorización previa. Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro por venta minorista/ por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/ por pedido por correo.	
	Medicamentos especializados	50% de coseguro por venta minorista.	50% de coseguro por venta minorista.	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250.00 de copago por visita en un centro quirúrgico ambulatorio, centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Los procedimientos relacionados con la cirugía de columna vertebral están sujetos a la revisión de manejo de la utilización antes y después del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo en un hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico ambulatorio.	Sin cobertura.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	\$100.00 de copago por visita en un hospital para pacientes ambulatorios.	\$100.00 de copago por visita en un hospital para pacientes ambulatorios.	No se aplica el copago si el miembro es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas. El pago fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	Sin cargo.	El pago fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales.
	Atención de urgencia	\$75.00 de copago.	\$75.00 de copago.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo por admisión.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	Los procedimientos relacionados con la cirugía de columna vertebral están sujetos a la revisión de manejo de la utilización antes y después del servicio.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$30.00 de copago por visita en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Ninguna
	Servicios internos	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo por admisión.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30.00 de copago por visita al consultorio. \$50.00 de copago por visita al especialista.	Sin cobertura.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, sonograma).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	El periodo de separación dentro de la red se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo por admisión.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	\$30.00 de copago en un centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa. Los servicios de enfermería privada solo se cubren por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar cuando lo exige un plan de cuidado de la salud en el hogar.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo por admisión.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes internados.	Sin cobertura.	
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	\$500.00 de copago por día en un centro para pacientes internados.	Sin cobertura.	
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se necesita aprobación previa.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo en un centro para pacientes internados.	Sin cobertura.	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista.	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo.	Sin cobertura.	Davis Vision administra este beneficio. La visita para el examen de la vista de rutina para niños dentro de la red se limita a 1 visita.
	Anteojos para niños	Montos superiores a \$150.00 para marcos que no sean de colección.	Sin cobertura.	Davis Vision administra este beneficio. Los lentes y accesorios están cubiertos una vez cada 12 meses. El límite incluye 1 par de marcos de la colección exclusiva de Davis Vision o una asignación de \$150.00 para marcos que no sean de colección.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente **NO** cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Servicios odontológicos (adultos)
- Audífonos (con cobertura únicamente para miembros de 15 años de edad o menos)
- Atención a largo plazo
- La mayor parte de la cobertura es brindada fuera de los Estados Unidos
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos, consultorio del optometrista/ofthalmólogo. Para verificar la cobertura de los servicios de atención de la vista de rutina, consulte su póliza o los documentos del plan)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura, cuando se utiliza como sustituto de otras formas de anestesia
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Tratamientos de infertilidad (limitado a inseminación artificial, requiere aprobación previa)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Horizon BCBSNJ al 1-888-425-5611; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>; Oficina del Departamento de Seguros de los Servicios de Protección al Consumidor de New Jersey al 1-800-446-7467 o <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: 1-888-425-5611 o visite www.Horizonblue.com. También puede comunicarse con el Servicio de Protección al Consumidor del Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al 1-888-393-1062 o visitar <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0.00
- Copago al especialista \$50.00
- Coseguro del hospital (instalaciones) 0%
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800.00

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$1,470.00
Coseguro	\$0.00
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60.00
El total que Peg pagaría es	\$1,530.00

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$0.00
- Copago al especialista \$50.00
- Coseguro del hospital (instalaciones) 0%
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400.00

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$1,315.00
Coseguro	\$1,791.00
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55.00
El total que Joe pagaría es	\$3,161.00

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0.00
- Copago al especialista \$50.00
- Coseguro del hospital (instalaciones) 0%
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencia (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900.00

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$270.00
Coseguro	\$0.00
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Mia pagaría es	\$270.00

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.