



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? | \$1,550.00 por individuo o \$3,100.00 por familia para proveedores del Nivel 1 de OMNIA. \$2,500.00 por individuo o \$5,000.00 por familia para proveedores del Nivel 2. El Nivel 1 de OMNIA se acumula para el Nivel 2. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿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 algunos artículos 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.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos? | Sí. Para medicamentos con receta no genéricos \$250.00 por individuo o \$500.00 por familia para farmacias del Nivel 1. Todos los niveles se aplican al Nivel 1. No hay otros <u>deducibles</u> específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ? | Sí, para los proveedores de atención médica/farmacias del Nivel 1 de OMNIA, \$8,000.00 por individuo/ \$16,000.00 por familia y para los proveedores del Nivel 2, \$8,150.00 por individuo/ \$16,300.00 por familia. Familiar total. El Nivel 1 de OMNIA se acumula para el Nivel 2. | 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 incluye el <u>deseMBOLSO MÁXIMO</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 proveedores dentro de la red. | Usted paga lo mínimo si acude a un <u>proveedor</u> del Nivel 1 de OMNIA. Usted paga más si acude a un proveedor del Nivel 2. 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> ? | No. | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> . |



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|--|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor de salud</u> | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$30.00 de <u>copago</u> por visita. \$10.00 de <u>copago</u> por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline. No se aplica el <u>deducible</u> . | 50% de <u>coseguro</u> por visita. \$10.00 de <u>copago</u> por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Los servicios de telemedicina de Horizon CareOnline son una característica de telemedicina adicional del proveedor de telemedicina de Horizon BCBSNJ. |
| | Visita al <u>especialista</u> | \$50.00 de <u>copago</u> por visita. \$10.00 de <u>copago</u> por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline. No se aplica el <u>deducible</u> . | 50% de <u>coseguro</u> por visita. \$10.00 de <u>copago</u> por visita se aplica solamente a Horizon CareOnline. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | |
| | <u>Atención preventiva</u> / <u>examen colectivo</u> / vacuna | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.HorizonBlue.com/members.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo en el consultorio y laboratorio independiente. No se aplica el <u>deducible</u> . \$75.00 de <u>copago</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | Sin cargo en el consultorio y laboratorio independiente. No se aplica el <u>deducible</u> . 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | Sin cobertura. | Las pruebas genómicas y moleculares están sujetas a la revisión de los motivos médicos antes y después del servicio. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$100.00 de <u>copago</u> en un centro para pacientes ambulatorios. | 50% de <u>coseguro</u> en un centro para pacientes ambulatorios. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> 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 | Medicamentos genéricos | \$15.00 de <u>copago</u> por venta minorista. \$30.00 de <u>copago</u> por pedido por correo. No se aplica el <u>deducible</u> . | \$15.00 de <u>copago</u> por venta minorista. \$30.00 de <u>copago</u> por pedido por correo. No se aplica el <u>deducible</u> . | \$15.00 de <u>copago</u> por venta minorista. \$30.00 de <u>copago</u> por pedido por correo. | Se puede requerir autorización previa. Cubre hasta un suministro de 30 días por <u>copago</u> , hasta un suministro de 90 días si se aplican <u>copagos</u> separados (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo). |
| | Medicamentos de marcas preferidas | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista/ por pedido por correo. | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista/ por pedido por correo. | 50% de <u>coseguro</u> 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). El <u>deducible</u> para todos los niveles se aplica al <u>deducible</u> del Nivel 1. |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista/ por pedido por correo. | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista/ por pedido por correo. | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista/ por pedido por correo. | |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.HorizonBlue.com/members.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| /memberportal/forms/AuthorForms/HIM/2021/2021_NJ_3T_HealthInsuranceMarketplace.pdf | | | | por correo. | |
| | Medicamentos especializados | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista. | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista. | 50% de <u>coseguro</u> por venta minorista. | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$250.00 de <u>copago</u> por visita en un centro quirúrgico ambulatorio y hospital para pacientes ambulatorios. | Centro quirúrgico ambulatorio: No corresponde. 50% de <u>coseguro</u> en un hospital 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 | Se aplica <u>deducible</u> en un centro quirúrgico ambulatorio y hospital para pacientes ambulatorios. | Centro quirúrgico ambulatorio: No corresponde. 50% de <u>coseguro</u> en un hospital 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. Se aplica <u>deducible</u> por anestesia del Nivel 1 de OMNIA. 50% de <u>coseguro</u> para anestesia del Nivel 2. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | \$100.00 de <u>copago</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | \$100.00 de <u>copago</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | \$100.00 de <u>copago</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | No se aplica el <u>copago</u> 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. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Se aplica el <u>deducible</u> . | Se aplica el <u>deducible</u> . | Se aplica el <u>deducible</u> . | El pago fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales. |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$75.00 de <u>copago</u> . No se aplica el <u>deducible</u> . | 50% de <u>coseguro</u> . | 50% de <u>coseguro</u> . | No hay cobertura para atención que no es de urgencia. |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.HorizonBlue.com/members.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de <u>copago</u> máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Se aplica <u>deducible</u> en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | Se aplica <u>deducible</u> por anestesia del Nivel 1 de OMNIA. 50% de <u>coseguro</u> para anestesia del Nivel 2. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | \$30.00 de <u>copago</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes ambulatorios. | Sin cobertura. | Ninguna |
| | Servicios internos | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de <u>copago</u> máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$30.00 de <u>copago</u> por visita al consultorio. \$50.00 de <u>copago</u> por visita al especialista. No se aplica el <u>deducible</u> . | 50% de <u>coseguro</u> en el consultorio. | 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). |
| | Servicios de parto profesionales | Se aplica <u>deducible</u> en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | Ninguna |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | El periodo de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de <u>copago</u> máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | \$30.00 de <u>copago</u> en un centro para pacientes ambulatorios. No se aplica el <u>deducible</u> . | No corresponde. | 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 <u>copago</u> por día en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de <u>copago</u> máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un hospital para pacientes internados. | 50% de <u>coseguro</u> en un hospital para pacientes internados. | Sin cobertura. | |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un centro para pacientes internados. | No corresponde. | Sin cobertura. | |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | No corresponde. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | \$500.00 de <u>copago</u> por día en un centro para pacientes internados. | No corresponde. | Sin cobertura. | Se necesita aprobación previa. El periodo de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de <u>copago</u> máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|--|--|--|---|
| | | Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor en la red del Nivel 2 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Davis Vision administra este beneficio. La cobertura de visita para el examen de la vista de rutina para niños dentro de la red se limita a 1 visita dentro de la red. |
| | Anteojos para niños | Montos superiores a \$150.00 para marcos que no sean de colección. No se aplica el <u>deducible</u> . | Montos superiores a \$150.00 para marcos que no sean de colección. No se aplica el <u>deducible</u> . | 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. | 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)
- Atención de podología 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
- Tratamiento de infertilidad (se limita a la inseminación artificial; se necesita 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/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; 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.getcovered.nj.gov o llame al 1-877-962-8448.

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, una 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 New Jersey al 1-888-393-1062 o visitar <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras políticas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otra cobertura específica. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No se aplica.

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 cuenta 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 \$1,550.00
- Copago al especialista \$50.00
- Copago del hospital (instalaciones) \$500.00
- 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 \$12,700.00

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles | \$1,550.00 |
| Copagos | \$600.00 |
| Coseguro | \$0.00 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60.00 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,110.00 |

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 \$1,550.00
- Copago al especialista \$50.00
- Copago del hospital (instalaciones) \$500.00
- 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 \$5,600.00

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles | \$250.00 |
| Copagos | \$800.00 |
| Coseguro | \$1,400.00 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20.00 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,470.00 |

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

- El deducible general del plan \$1,550.00
- Copago al especialista \$50.00
- Copago del hospital (instalaciones) \$500.00
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético \$2,800.00

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles | \$1,400.00 |
| Copagos | \$400.00 |
| Coseguro | \$0.00 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0.00 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,800.00 |

Este plan tiene otros deducibles por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?” arriba.

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



Aviso de no discriminación

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas según su raza, color, género, origen nacional, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones sobre inscripción y beneficios. Horizon BCBSNJ proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades (p. ej. intérpretes de lenguaje de señas calificados e información en otros formatos) y a personas cuyo idioma principal no sea el inglés (p. ej. información en otros idiomas) para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva.

Comunicarse con Servicios a los miembros

Llame a Servicios a los miembros al **1-800-355-BLUE (2583) (TTY 711)** o al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro, si necesita ayuda o servicios gratuitos mencionados anteriormente y por **cualquier otro problema relativo a Servicios a los miembros**.

Presentar un reclamo de la Sección 1557

Si considera que Horizon BCBSNJ no le proporcionó la ayuda y los servicios de comunicación gratuitos, o se sintió discriminado por uno de los motivos descritos anteriormente, puede presentar una queja por discriminación, que también se conoce como reclamo de la Sección 1557. Puede comunicarse con el **coordinador de derechos civiles de Horizon BCBSNJ** llamando al número de Servicios a los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o escribiendo a la siguiente dirección:

Horizon BCBSNJ

Civil Rights Coordinator

PO Box 820, Newark, NJ 07101.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; por correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201**; o por teléfono al **1-800-368-1019** o **1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios para quejas de la Oficina de Derechos Civiles están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Asistencia con el idioma

Si habla un idioma diferente al inglés, hay ayuda disponible gratis. Llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

如果您讲英语以外的语言，可获取免费帮助。请拨打您的身份证背面的号码。

영어 이외의 언어를 사용하는 경우, 무료 지원 서비스를 받을 수 있습니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오.

Se você fala um idioma diferente do inglês, a ajuda está disponível gratuitamente. Ligue para o número no verso do seu bilhete de identidade.

જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલતા હોવ, તો મફતમાં મદદ ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર કોલ.

Jeśli mówisz w języku innym niż angielski, pomoc udzielana jest bezpłatnie. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie dowodu osobistego.

Se parli una lingua diversa dall'inglese, è disponibile un servizio di assistenza gratuito. Chiama il numero sul retro della tua carta d'identità.

Kung nagsasalita ka ng isang wika maliban sa Ingles, magagamit ang tulong nang walang bayad. Tumawag sa numerong nasa likod ng iyong ID card.

Если вы не говорите по-английски, вам помогут бесплатно. Позвоните по телефону, указанному на обратной стороне вашей ID-карты.

Si ou pale on lòt lang ke Anglè, gen èd ki disponib gratis. Rele nan nimewo ki ekri nan do kat idantifyan w lan.

यदि आप अंग्रेज़ी से भिन्न कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो निःशुल्क सहायता उपलब्ध है। अपने आईडी कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर .

Nếu bạn nói ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, thì chúng tôi có thể giúp bạn miễn phí. Hãy gọi số ở mặt sau thẻ ID của bạn.

Si vous parlez une langue autre que l'anglais, l'aide est gratuite. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité.

إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية، نوفر لك المساعدة مجانًا. يُمكنك الاتصال بالرقم الموجود على ظهر بطاقة الهوية

اگر آپ انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بول سکتے ہیں تو مفت مدد دستیاب ہے۔ براہ مہربانی شناختی کارڈ کی پچھلی طرف درج شدہ نمبر پر کال کریں۔