



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (denominado **prima**) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Los beneficios pueden cambiar al momento de la renovación. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura,

visite Servicios en Línea para Miembros en www.HorizonBlue.com/members o llame al 1-800-355-BLUE (2583). Si actualmente usted no tiene cobertura con Horizon BCBSNJ, puede consultar un ejemplo de póliza aquí, HorizonBlue.com/sample-benefit-booklets. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-800-355-BLUE (2583) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 para proveedores del Nivel 1 de OMNIA. \$2,500.00 por individuo / \$5,000.00 por familia para proveedores del Nivel 2. Familiar total.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva se cubre antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de atención médica / farmacias del Nivel 1 de OMNIA: \$2,500.00 por individuo / \$5,000.00 por familia. Para proveedores de atención médica / farmacias del Nivel 2: \$4,500.00 por individuo / \$9,000.00 por familia. Familiar total.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.HorizonBlue.com o llame al 1-800-355-BLUE (2583) para obtener una lista de proveedores dentro de la red. Los beneficios brindados por proveedores dentro de la red que no son proveedores del Nivel 1 de OMNIA se encuentran en el Nivel 2 de beneficios, como los proveedores del Nivel 2 y de BlueCard PPO.	Usted paga el mínimo si acude a un proveedor del Nivel 1 de OMNIA. Usted paga más si acude a un proveedor del Nivel 2. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$5.00 de copago por visita. \$5.00 de copago por visita para servicios de telemedicina.	\$20.00 de copago por visita. \$10.00 de copago por visita para servicios de telemedicina. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Los servicios de telemedicina de Horizon CareOnline son una característica de telemedicina adicional del proveedor de telemedicina de Horizon BCBSNJ.
	Consulta con un especialista	\$15.00 de copago por visita. \$5.00 de copago por visita para servicios de telemedicina.	\$30.00 de copago por visita. \$10.00 de copago por visita para servicios de telemedicina. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo.	Sin cargo. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Uno por año calendario. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos . Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos . Luego verifique lo que su plan pagará.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo en el hogar, consultorio, laboratorio independiente y hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cargo en el hogar, consultorio y laboratorio independiente. No se aplica el deducible . 20% de coseguro 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.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$15.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en el Centro de servicios de Prime Therapeutics LLC (Prime) en www.MyPrime.com o llamando al 1-800-370-5088.	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. No se aplica el deducible .	\$15.00 de copago por venta minorista. \$30.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	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). Se aplican cargos adicionales cuando se utiliza una farmacia fuera de la red.
	Medicamentos de marca preferidos	\$50.00 de copago por venta minorista. \$100.00 de copago por pedido por correo.	\$50.00 de copago por venta minorista. \$100.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	\$50.00 de copago por venta minorista. \$100.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$75.00 de copago por venta minorista. \$150.00 de copago por pedido por correo.	\$75.00 de copago por venta minorista. \$150.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	\$75.00 de copago por venta minorista. \$150.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de especialidad	Cubiertos como beneficio por venta minorista en las categorías correspondientes mencionadas.	Cubiertos como beneficio por venta minorista en las categorías correspondientes mencionadas.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100.00 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio. \$150.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico ambulatorio.	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.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo en un hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico ambulatorio.	20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico ambulatorio.	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. 20% de coseguro para anestesia del Nivel 2.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$100.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	\$100.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios. No se aplica el deducible .	\$100.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios. No se aplica el deducible .	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 de los beneficios de Nivel 1 de OMNIA se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	Sin cargo. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	————Ninguna————
	Atención de urgencia	\$15.00 de copago por visita al especialista .	\$30.00 de copago por visita al especialista . No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	————Ninguna————

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El período de separación para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 / Nivel 2 de OMNIA se limita a 90 días.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	20% de coseguro para anestesia del Nivel 2.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	———Ninguna———
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El período de separación para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 / Nivel 2 de OMNIA se limita a 90 días.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$5.00 de copago por visita al consultorio. \$15.00 de copago por visita al especialista .	\$20.00 de copago por visita al consultorio. \$30.00 de copago por visita al especialista . No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo en un hospital para pacientes ambulatorios.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El período de separación para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 / Nivel 2 de OMNIA se limita a 90 días. Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$5.00 de copago por visita.	\$10.00 de copago por visita. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento.
	Servicios de rehabilitación	\$250.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El período de separación para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 / Nivel 2 de OMNIA se limita a 90 días.
	Servicios de habilitación	\$250.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El límite de días en un centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 y el Nivel 2 de OMNIA es de 100 días.
	Atención de enfermería especializada	\$250.00 de copago por día en un centro para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un centro para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días. El límite de días en un centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 y el Nivel 2 de OMNIA es de 100 días.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	Sin cargo. No se aplica el deducible .	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa para compras de equipo médico duradero (DME) independientemente de la cantidad; se aplica una penalización del 20% por incumplimiento.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$250.00 de copago por día en un centro para pacientes hospitalizados.	20% de coseguro en un centro para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa ; rige una penalización del 20% por incumplimiento. El copago máximo para pacientes hospitalizados dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 5 días.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del Nivel 1 de OMNIA (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red del Nivel 2	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	—— Ninguna ——
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	—— Ninguna ——
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	—— Ninguna ——

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su **Plan**, por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- La mayor parte de la cobertura es brindada fuera de los Estados Unidos (Nivel 1 de beneficio de OMNIA)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos (Nivel 1 de beneficio de OMNIA)
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos, consultorio del optometrista / oftalmólogo. Para verificar la cobertura de los servicios de atención de la vista de rutina, consulte la póliza o documento del [plan](#))
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Servicios de aborto
- Atención quiropráctica
- Audífonos (con cobertura únicamente para miembros de 15 años de edad o menos)
- Tratamiento para la infertilidad
- La mayor parte de la cobertura es brindada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.HorizonBlue.com (Nivel 2 de beneficios)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos. Consulte www.HorizonBlue.com (Nivel 2 de beneficio)

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Su derecho a continuar con la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.getcovered.nj.gov o llame al 1-833-677-1010.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: 1-800-355-BLUE (2583) o visite www.Horizonblue.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

-----Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la próxima sección.-----

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) al [especialista](#) \$15.00
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$250.00
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700.00

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$300.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60.00
El total que Peg pagaría es	\$360.00

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) al [especialista](#) \$15.00
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$250.00
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600.00

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$1,200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20.00
El total que Joe pagaría es	\$1,220.00

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) al [especialista](#) \$15.00
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$250.00
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800.00

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Mia pagaría es	\$200.00

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate against nor does it exclude people or treat them differently on the basis of race, color, gender, national origin, age, disability, pregnancy, gender identity, sex, sexual orientation or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations. Horizon BCBSNJ provides free aids and services to people with disabilities (e.g. qualified sign language interpreters and information in other formats) and to those whose primary language is not English (e.g. information in other languages) to communicate effectively with us.

Contacting Member Services

Please call Member Services at **1-800-355-BLUE (2583) (TTY 711)** or the phone number on the back of your member ID card, if you need the free aids and services noted above and for **all other Member Services issues**.

Filing a Section 1557 Grievance

If you believe that Horizon BCBSNJ has failed to provide the free communication aids and services or discriminated against you for one of the reasons described above, you can file a discrimination complaint also known as a Section 1557 Grievance. **Horizon BCBSNJ's Civil Rights Coordinator** can be reached by calling the Member Services number on the back of your member ID card or by writing to the following address:

**Horizon BCBSNJ
Civil Rights Coordinator
PO Box 820, Newark, NJ 07101.**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail at **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201** or by phone at **1-800-368-1019** or **1-800-537-7697 (TDD)**. OCR Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Language assistance

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。

영어를 제외한 다른 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 مجاناً. 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۔