

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Horizon HMO \$15

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HORIZON HMO \$15
Copago al Médico de Atención Primaria	\$15 por consulta.
Copago al Especialista	\$15 por consulta.
Deducible Anual	N/D
Coseguro	50% por medicamentos recetados.
Máximo de Gastos de Bolsillo	N/D
Beneficio Máximo de por Vida	Ilimitado
Estadía en el hospital como paciente hospitalizado (incluyendo las enfermedades mentales con base biológica y el alcoholismo) (sujeto a la pre-aprobación)	\$150 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$1,500 máximo por año calendario.
Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria	\$15 por consulta.
Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital	\$15 por consulta.
Copago de la Sala de Emergencias	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas).
Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas	Paciente hospitalizado (sujeto a la pre-aprobación): 100% luego del copago de hospital por un máximo de 30 días por año (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio). Paciente ambulatorio: 100% luego del copago de visita al consultorio por un máximo de 20 visitas por año calendario.
Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento	El plan cubre el 100%.
Diagnóstico de Rayos X	\$15 de copago por consulta.
Laboratorio	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.
Equipo Médico Duradero (sujeto a la pre-aprobación)	El plan cubre el 100%.
Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días.
Maternidad	\$25 de copago por la visita inicial; \$0 de copago posteriormente.
Medicamentos recetados	Coseguro del 50%.
Cuidado Preventivo	\$0 de copago por consulta.
Centros de Rehabilitación (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado mencionado arriba. No se cobrará si es precedido inmediatamente por una estadía como paciente hospitalizado.
Terapias del habla, física (con sujeción a la pre-aprobación), ocupacional y de rehabilitación cognitiva	\$15 de copago por consulta.
Manipulaciones Terapéuticas	\$15 de copago por consulta. Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Horizon HMO \$30

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HORIZON HMO \$30
Copago al Médico de Atención Primaria	\$30 por consulta.
Copago al Especialista	\$30 por consulta.
Deducible Anual	N/D
Coseguro	50% por medicamentos recetados.
Máximo de Gastos de Bolsillo	N/D
Beneficio Máximo de por Vida	Ilimitado
Estadía en el hospital como paciente hospitalizado (incluyendo las enfermedades mentales con base biológica y el alcoholismo) (sujeto a la pre-aprobación)	\$300 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$3,000 máximo por año calendario.
Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria	\$30 por consulta.
Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital	\$30 por consulta.
Copago de la Sala de Emergencias	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas).
Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas	Paciente hospitalizado (sujeto a la pre-aprobación): 100% luego del copago de hospital por un máximo de 30 días por año (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio). Paciente ambulatorio: 100% luego del copago de visita al consultorio por un máximo de 20 visitas por año calendario.
Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento	El plan cubre el 100%.
Diagnóstico de Rayos X	\$30 de copago por consulta.
Laboratorio	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.
Equipo Médico Duradero (sujeto a la pre-aprobación)	El plan cubre el 100%.
Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días.
Maternidad	\$25 de copago por la visita inicial; \$0 de copago posteriormente.
Medicamentos recetados	Coseguro del 50%.
Cuidado Preventivo	\$0 de copago por consulta.
Centros de Rehabilitación (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado mencionado arriba. No se cobrará si es precedido inmediatamente por una estadía como paciente hospitalizado.
Terapias del habla, física (con sujeción a la pre-aprobación), ocupacional y de rehabilitación cognitiva	\$30 de copago por consulta.
Manipulaciones Terapéuticas	\$30 de copago por consulta. Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Horizon HMO \$30/\$50

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HORIZON HMO \$30/\$50
Copago al Médico de Atención Primaria	\$30 por consulta.
Copago al Especialista	\$50 por consulta.
Deducible Anual	N/D
Coseguro	50% por medicamentos recetados.
Máximo de Gastos de Bolsillo	N/D
Beneficio Máximo de por Vida	Ilimitado
Estadía en el hospital como paciente hospitalizado (incluyendo las enfermedades mentales con base biológica y el alcoholismo) (sujeto a la pre-aprobación)	\$300 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$3,000 máximo por año calendario.
Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria	\$30 por consulta.
Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital	\$60 por consulta.
Copago de la Sala de Emergencias	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas).
Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas	Paciente hospitalizado (sujeto a la pre-aprobación): 100% luego del copago de hospital por un máximo de 30 días por año (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio). Paciente ambulatorio: 100% luego del copago de visita al consultorio por un máximo de 20 visitas por año calendario.
Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento	El plan cubre el 100%.
Diagnóstico de Rayos X	\$30 de copago por consulta.
Laboratorio	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.
Equipo Médico Duradero (sujeto a la pre-aprobación)	El plan cubre el 100%.
Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días.
Maternidad	\$25 de copago por la visita inicial; \$0 de copago posteriormente.
Medicamentos recetados	Coseguro del 50%.
Cuidado Preventivo	\$0 de copago por consulta.
Centros de Rehabilitación (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado mencionado arriba. No se cobrará si es precedido inmediatamente por una estadía como paciente hospitalizado.
Terapias del habla, física (con sujeción a la pre-aprobación), ocupacional y de rehabilitación cognitiva	\$30 de copago por consulta.
Manipulaciones Terapéuticas	\$15 o \$50 de copago por consulta. Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>SM</sup>

## Horizon HMO \$50/\$70

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HORIZON HMO \$50/\$70
Copago al Médico de Atención Primaria	\$50 por consulta.
Copago al Especialista	\$70 por consulta.
Deducible Anual	N/D
Coseguro	50% por medicamentos recetados.
Máximo de Gastos de Bolsillo	N/D
Beneficio Máximo de por Vida	Ilimitado
Estadía en el hospital como paciente hospitalizado (incluyendo las enfermedades mentales con base biológica y el alcoholismo) (sujeto a la pre-aprobación)	\$500 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$5,000 máximo por año calendario.
Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria	\$50 por consulta.
Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital	\$100 por consulta.
Copago de la Sala de Emergencias	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas).
Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas	Paciente hospitalizado (sujeto a la pre-aprobación): 100% luego del copago de hospital por un máximo de 30 días por año (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio). Paciente ambulatorio: 100% luego del copago de visita al consultorio por un máximo de 20 visitas por año calendario.
Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento	El plan cubre el 100%.
Diagnóstico de Rayos X	\$50 de copago por consulta.
Laboratorio	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.
Equipo Médico Duradero (sujeto a la pre-aprobación)	El plan cubre el 100%.
Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días.
Maternidad	\$25 de copago por la visita inicial; \$0 de copago posteriormente.
Medicamentos recetados	Coseguro del 50%.
Cuidado Preventivo	\$0 de copago por consulta.
Centros de Rehabilitación (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado mencionado arriba. No se cobrará si es precedido inmediatamente por una estadía como paciente hospitalizado.
Terapias del habla, física (con sujeción a la pre-aprobación), ocupacional y de rehabilitación cognitiva	\$30 de copago por consulta.
Manipulaciones Terapéuticas	\$30 de copago por consulta. Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Horizon HMO Coseguro

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HORIZON HMO COSEGURO
Copago al Médico de Atención Primaria	\$40 por consulta.
Copago al Especialista	Sujeto al deducible y coseguro.
Deducible Anual	\$2,500 Deducible Individual/\$5,000 Deducible Familiar (Total).
Coseguro	Coseguro del 50%.
Máximo de Gastos de Bolsillo	\$5,000 Individual/\$10,000 Familiar.
Beneficio Máximo de por Vida	Ilimitado
Estadía en el hospital como paciente hospitalizado (incluyendo las enfermedades mentales con base biológica y el alcoholismo) (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible y coseguro.
Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria	Sujeto al deducible y coseguro.
Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital	Sujeto al deducible y coseguro.
Copago de la Sala de Emergencias	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas). El copago de la Sala de Emergencias es pagadero además del deducible y el coseguro aplicables.
Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas	Sujeto al deducible y coseguro/Máximo de 30 días por paciente hospitalizado por año calendario. 1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio; máximo de 20 visitas por año calendario.
Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento	Sujeto al deducible y coseguro.
Diagnóstico de Rayos X	Sujeto al deducible y coseguro.
Laboratorio	Sujeto al deducible y coseguro.
Equipo Médico Duradero (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible y coseguro.
Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días; sujeto a deducible y coseguro.
Maternidad	\$25 de copago por la visita inicial; \$0 de copago posteriormente.
Medicamentos recetados	Sujeto al deducible y coseguro. El coseguro pagado por los medicamentos recetados cubiertos no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.
Cuidado Preventivo	\$0 de copago por consulta.
Centros de Rehabilitación (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible y coseguro.
Terapias del habla, física (con sujeción a la pre-aprobación), ocupacional y de rehabilitación cognitiva	Sujeto al deducible y coseguro. Limitado a 30 visitas por año calendario.
Manipulaciones Terapéuticas	Sujeto al deducible y coseguro. Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

## Horizon Direct Access Plan C 100/70

Making Healthcare Work<sup>SM</sup>

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Copago al Médico de Atención Primaria*</b>	\$30 de copago por consulta al Médico de atención primaria (PCP) seleccionado. \$50 de copago por consulta si no se ha seleccionado un PCP.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Copago al Especialista</b>	\$50 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Deducible Anual</b>	N/D	\$7,500 Individual / \$15,000 Familiar (Total).
<b>Coseguro</b>	Se aplica sólo a los Medicamentos Recetados. El plan paga 50%/ Usted paga 50%.	El plan paga 70%/ Usted paga 30%. (50% por Medicamentos recetados).
<b>Máximo de Gastos de Bolsillo</b> (No incluye los medicamentos recetados)	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar.	\$22,500 Individual / \$45,000 Familiar.
<b>Beneficio Máximo de por Vida</b>		Ilimitado
<b>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</b> (sujeto a la pre-aprobación) (incluyendo las enfermedades mentales de base biológica)	\$300 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$3,000 máximo por año calendario.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria</b>	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital</b>	\$60 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Copago de la Sala de Emergencias</b>	\$100 de copago por consulta (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas).	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas) además del deducible de fuera de la red y el 30% de coseguro.
<b>Alcoholismo</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Paciente hospitalizado: \$300 de copago por día por un máximo de 5 días por admisión; \$3,000 máximo por año calendario.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas</b> • Estadía como paciente hospitalizado: sujeto a la pre-aprobación, limitado a 30 días por año calendario (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio) • Paciente ambulatorio: 20 consultas por año calendario	Paciente hospitalizado: 100% luego del copago de paciente hospitalizado. Paciente ambulatorio: 100% después del copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento</b>	El plan cubre el 100%.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Diagnóstico de Rayos X</b>	Determinado según el lugar donde se brinde el servicio.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Laboratorio</b>	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Equipo Médico Duradero</b> (sujeto a la pre-aprobación)	El plan cubre el 100%.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Número ilimitado de días.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Maternidad</b>	\$25 de copago por la primera consulta solamente; sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Medicamentos recetados</b> (no cuenta hacia el máximo de gastos de bolsillo)	Coseguro del 50%.	No está sujeto a deducible. Cubierto al 50% de coseguro.
<b>Cuidado Preventivo</b>	\$0 de copago por consulta.	No está sujeto al deducible y coseguro. Máximo de \$500 por individuo (excepto los recién nacidos) por año calendario. Recién nacidos: Máximo de \$750 por año calendario hasta cumplir el primer año de edad.
<b>Centros de Rehabilitación</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al copago de hospital como paciente hospitalizado. No se cobrará si es precedido inmediatamente por una estadía como paciente hospitalizado en un hospital.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Terapias de Rehabilitación del Habla, Física, Ocupacional y Cognitiva</b> – Límite de 30 consultas por año calendario por terapia	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Manipulaciones Terapéuticas</b> Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.

\*Se recomienda la selección de un Médico de Atención Primaria (PCP) para obtener el máximo de los beneficios, pero no se requiere y no son necesarias las referencias.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Horizon Direct Access Plan C 80/70

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Copago al Médico de Atención Primaria*</b>	\$30 de copago por consulta al Médico de atención primaria (PCP) seleccionado. \$50 de copago por consulta si no se ha seleccionado un PCP.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Copago al Especialista</b>	\$50 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Deducible Anual</b>	\$2,500 Individual / \$5,000 Familiar (Total).	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar (Total).
<b>Coseguro</b>	El plan paga 80%/ Usted paga 20%. (50% por medicamentos recetados).	El plan paga 70%/ Usted paga 30%.
<b>Máximo de Gastos de Bolsillo</b> (No incluye los medicamentos recetados)	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar.	\$10,000 Individual / \$20,000 Familiar.
<b>Beneficio Máximo de por Vida</b>	Ilimitado	
<b>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</b> (sujeto a la pre-aprobación) (incluyendo las enfermedades mentales de base biológica)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Copago de la Sala de Emergencias</b>	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas) además del deducible de dentro de la red y el 20% de coseguro.	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas) además del deducible de fuera de la red y el 30% de coseguro.
<b>Alcoholismo</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio: Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio: Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas</b> • Estadía como paciente hospitalizado: sujeto a la pre-aprobación, limitado a 30 días por año calendario (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio) • Paciente ambulatorio: 20 consultas por año calendario	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Diagnóstico de Rayos X</b>	Determinado según el lugar donde se brinde el servicio.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Laboratorio</b>	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Equipo Médico Duradero</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Maternidad</b>	\$25 de copago por la primera consulta solamente; Todos los otros servicios están sujetos al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Medicamentos recetados</b> (no cuenta hacia el máximo de gastos de bolsillo)	No está sujeto al deducible. Cubierto al 50% de coseguro.	
<b>Cuidado Preventivo</b>	No es sujeto al deducible, copago y coseguro.	No está sujeto al deducible y coseguro. Máximo de \$500 por individuo (excepto los recién nacidos) por año calendario. Recién nacidos: Máximo de \$750 por año calendario hasta cumplir el primer año de edad.
<b>Centros de Rehabilitación</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 20% de coseguro. Límite de 120 días combinados.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Terapias de Rehabilitación del Habla, Física, Ocupacional y Cognitiva</b> – Límite de 30 consultas por año calendario por terapia	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.
<b>Manipulaciones Terapéuticas</b> Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 30% de coseguro.

\*Se recomienda la selección de un Médico de Atención Primaria (PCP) para obtener el máximo de los beneficios, pero no se requiere y no son necesarias las referencias.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:

## Horizon Direct Access Plan A/50 70/50

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>SM</sup>

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Copago al Médico de Atención Primaria*</b>	\$30 de copago por consulta al Médico de atención primaria (PCP) seleccionado. \$50 de copago por consulta si no se ha seleccionado un PCP.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Copago al Especialista</b>	\$50 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Deducible Anual</b>	\$2,500 Individual / \$5,000 Familiar (Total).	\$7,500 Individual / \$15,000 Familiar (Total).
<b>Coseguro</b>	El plan paga 70%/ Usted paga 30%. (50% por medicamentos recetados).	El plan paga 50%/ Usted paga 50%.
<b>Máximo de Gastos de Bolsillo</b> (No incluye los medicamentos recetados)	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar.	\$15,000 Individual / \$30,000 Familiar.
<b>Beneficio Máximo de por Vida</b>	Ilimitado	
<b>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</b> (sujeto a la pre-aprobación) (incluyendo las enfermedades mentales de base biológica)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Cargos de un Centro de Cirugía Ambulatoria</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Cargos por Instalación para Cirugía de Pacientes Ambulatorios del Hospital</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Copago de la Sala de Emergencias</b>	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas) además del deducible de dentro de la red y el 30% de coseguro.	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza en un plazo de 24 horas) además del deducible de fuera de la red y el 50% de coseguro.
<b>Alcoholismo</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio: Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio: Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Enfermedades Mentales sin Base Biológica y Abuso de Sustancias Tóxicas</b> • Estadía como paciente hospitalizado: sujeto a la pre-aprobación, limitado a 30 días por año calendario (1 día de paciente hospitalizado puede ser cambiado por 2 consultas como paciente ambulatorio) • Paciente ambulatorio: 20 consultas por año calendario	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Sangre/ Productos Derivados de la Sangre/ Procesamiento</b>	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Diagnóstico de Rayos X</b>	Determinado según el lugar donde se brinde el servicio.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Laboratorio</b>	El plan paga el 100% cuando es provisto por un laboratorio de la red.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Equipo Médico Duradero</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Cuidados de la Salud en el Hogar y Cuidados de Hospicio</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Maternidad</b>	\$25 de copago por la primera consulta solamente; Todos los otros servicios están sujetos al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Medicamentos recetados</b> (no cuenta hacia el máximo de gastos de bolsillo)	No está sujeto al deducible. Cubierto al 50% de coseguro.	
<b>Cuidado Preventivo</b>	No está sujeto al deducible, copago y coseguro.	No está sujeto al deducible y coseguro. Máximo de \$500 por individuo (excepto los recién nacidos) por año calendario. Recién nacidos: Máximo de \$750 por año calendario hasta cumplir el primer año de edad.
<b>Centros de Rehabilitación</b> (sujeto a la pre-aprobación)	Sujeto al deducible de dentro de la red y al 30% de coseguro. Límite de 120 días combinados.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Terapias de Rehabilitación del Habla, Física, Ocupacional y Cognitiva</b> – Límite de 30 consultas por año calendario por terapia	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.
<b>Manipulaciones Terapéuticas</b> Limitado a 30 visitas por año calendario y 2 modalidades por visita	\$30 de copago por consulta.	Sujeto al deducible de fuera de la red y al 50% de coseguro.

\*Se recomienda la selección de un Médico de Atención Primaria (PCP) para obtener el máximo de los beneficios, pero no se requiere y no son necesarias las referencias.



# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Planes Horizon Basic y Essential EPO

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Horizon Basic y Essential EPO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Horizon Basic y Essential EPO
<b>Servicios del Médico/Especialista</b> Consulta, servicios médicos y quirúrgicos, cirujano auxiliar, anestesia y atención de maternidad	Visitas al consultorio por enfermedad y lesiones/ fuera del hospital/ como paciente ambulatorio cubiertas hasta por \$700 por persona cubierta por año calendario. Consultas de bienestar cubiertas hasta por \$600 por persona cubierta por año calendario. Las tarifas médicas como paciente hospitalizado relacionadas con la estadía en el hospital como paciente hospitalizado están cubiertas bajo los servicios de hospital para pacientes hospitalizados.	<b>Medicamentos recetados</b> (Obtenidos mientras no está internado en un hospital)	No está cubierto.
<b>Terapia Física</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	\$20 de copago por consulta por persona cubierta.	<b>Cuidados de la Salud en el Hogar</b>	No está cubierto.
<b>Servicios de Maternidad</b> Servicios del médico	El cargo por parto está cubierto, los cargos por servicios pre y post natales están cubiertos cuando están incluidos en el cargo por parto.	<b>Equipo Médico Durable</b>	No está cubierto.
<b>Servicios en el Hospital como paciente Hospitalizado</b> (90 días por persona cubierta por año calendario)	\$500 de copago por persona cubierta por período de hospitalización.	<b>Cuidado de Hospicio</b>	No está cubierto.
<b>Servicios de Hospital Para Pacientes Ambulatorios</b> Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Cirugía Ambulatoria	\$250 de copago por persona cubierta por cirugía.	<b>Beneficios por Diabetes</b>	No está cubierto.
<b>Pruebas de Diagnóstico Fuera del Hospital</b>	\$500 máximo por persona cubierta por año calendario.**	<b>Hospitalización en Centros para Partos</b>	Los cargos de los Centros para Partos no están cubiertos.
<b>Copago de la Sala de Emergencias</b>	\$100 de copago por visita por persona cubierta (no se le cobrará si es admitido).	<b>Hospitalización en Centros de Rehabilitación</b>	Los cargos de los Centros de Rehabilitación no están cubiertos.
<b>Abuso del Alcohol y Sustancias Tóxicas</b> Paciente hospitalizado (30 días por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30% después de \$500 de deducible por hospitalización.	<b>Yesos, Aparatos Ortopédicos, Bragueros, Aparatos Prostéticos, Calzado Ortopédico y Muletas.</b>	No está cubierto.
<b>Abuso del Alcohol y Sustancias Tóxicas</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30%.	<b>Quimioterapia, Terapia de Infusión</b>	No está cubierto.
<b>Enfermedades Mentales (Enfermedades Mentales con Base Biológica [BBMI])</b> Paciente hospitalizado (90 días por persona cubierta por año calendario)	\$500 de copago por persona cubierta por período de hospitalización.	<b>Trasplantes</b>	No está cubierto.
<b>Enfermedades Mentales (Enfermedades Mentales con Base Biológica [BBMI])</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30%.	<b>EXCLUSIONES*</b>	<b>Horizon Basic y Essential EPO</b>
		<b>Ambulancia, Cuidados de Rutina de los Pies, Cuidados en una Instalación de Enfermería Especializada, Manipulación Terapéutica (Quiropráctico), Tratamiento de una Enfermedad Mental que no sea de Origen Biológico</b>	No está cubierto.

\*Este es sólo un resumen de beneficios, se suministrará una lista completa de exclusiones en su Evidencia de Cobertura.

\*\*Para los servicios de diagnóstico realizados en el consultorio, en un centro independiente o en un centro para pacientes ambulatorios.

# INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work<sup>®</sup>

## Planes Horizon Basic y Essential EPO Plus

El cuadro que se muestra a continuación es sólo para fines ilustrativos. Una vez que esté inscrito, se le suministrará una lista completa de detalles y exclusiones en su contrato/póliza individual.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Horizon Basic y Essential EPO Plus	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Horizon Basic y Essential EPO Plus
<b>Servicios del Médico/Especialista</b> Consulta, servicios médicos y quirúrgicos, cirujano auxiliar, anestesia y atención de maternidad	Visitas de consultorio/ fuera del hospital/ como paciente ambulatorio — \$30 de copago por persona cubierta por consulta. Consultas de bienestar cubiertas hasta por \$600 por persona cubierta por año calendario. Las tarifas médicas como paciente hospitalizado relacionadas con la estadía en el hospital como paciente hospitalizado están cubiertas bajo los servicios de hospital para pacientes hospitalizados.	<b>Medicamentos recetados</b> (Obtenidos mientras no está internado en un hospital)	\$15 de copago por medicamentos genéricos con un copago por un suministro para 30 días de ventas al por menor y por correo; 50% de coseguro por medicamentos de marca hasta un máximo de \$500 por persona cubierta por año calendario.
<b>Terapia Física</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	\$20 de copago por consulta por persona cubierta.	<b>Cuidados de la Salud en el Hogar</b>	50% de coseguro hasta por \$2,500 máximo por persona cubierta por año calendario.
<b>Servicios de Maternidad</b> Servicios del médico	\$30 de copago por la consulta inicial, la estadía como paciente hospitalizado está sujeto a los cargos de hospital para pacientes hospitalizados.	<b>Equipo Médico Durable</b>	50% de coseguro hasta por \$2,500 máximo por persona cubierta por año calendario.
<b>Servicios en el Hospital como paciente Hospitalizado</b> (90 días por persona cubierta por año calendario)	\$500 de copago por persona cubierta por período de hospitalización.	<b>Cuidado de Hospicio</b>	50% de coseguro hasta por \$2,500 máximo por persona cubierta por año calendario.
<b>Servicios de Hospital Para Pacientes Ambulatorios</b> Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Cirugía Ambulatoria	\$250 de copago por persona cubierta por cirugía.	<b>Beneficios por Diabetes</b>	50% de coseguro hasta por \$2,500 máximo por persona cubierta por año calendario.
<b>Pruebas de Diagnóstico Fuera del Hospital</b>	\$500 máximo por persona cubierta por año calendario.**	<b>Hospitalización en Centros para Partos</b>	\$250 de copago por persona cubierta por período de hospitalización.
<b>Copago de la Sala de Emergencias</b>	\$100 de copago por visita por persona cubierta (no se le cobrará si es admitido).	<b>Hospitalización en Centros de Rehabilitación</b>	\$500 de copago por persona cubierta por período de hospitalización, el copago no se aplica si la admisión es precedida por un internamiento en un hospital, máximo de 90 días por año calendario.
<b>Abuso del Alcohol y Sustancias Tóxicas</b> Paciente hospitalizado (30 días por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30% después de \$500 de deducible por hospitalización.	<b>Yesos, Aparatos Ortopédicos, Bragueros, Aparatos Prostéticos, Calzado Ortopédico y Muletas.</b>	Están cubiertos los yesos, aparatos prostéticos y muletas.
<b>Abuso del Alcohol y Sustancias Tóxicas</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30%.	<b>Quimioterapia, Terapia de Infusión</b>	Cubierto.
<b>Enfermedades Mentales (Enfermedades Mentales con Base Biológica [BBMI])</b> Paciente hospitalizado (90 días por persona cubierta por año calendario)	\$500 de copago por persona cubierta por período de hospitalización.	<b>Trasplantes</b>	Cubierto.
<b>Enfermedades Mentales (Enfermedades Mentales con Base Biológica [BBMI])</b> Pacientes ambulatorios (30 consultas por persona cubierta por año calendario)	Coseguro del 30%.	<b>EXCLUSIONES*</b>	<b>Horizon Basic y Essential EPO Plus</b>
		<b>Ambulancia, Cuidados de Rutina de los Pies, Cuidados en una Instalación de Enfermería Especializada, Manipulación Terapéutica (Quiropráctico), Tratamiento de una Enfermedad Mental que no sea de Origen Biológico</b>	No está cubierto.

\*Este es sólo un resumen de beneficios, se suministrará una lista completa de exclusiones en su Evidencia de Cobertura.

\*\*Para los servicios de diagnóstico realizados en el consultorio, en un centro independiente o en un centro para pacientes ambulatorios.