




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 1-800-224-1234. Si actualmente usted no tiene cobertura con Horizon BCBSNJ, puede consultar un ejemplo de póliza aquí, www.state.nj.us/dobi/division_insurance/ihcseh/ihcforms.html. 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 1-800-224-1234 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$1,600.00 por individuo o \$3,200.00 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, 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 alcanzar su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, para medicamentos con receta médica no genéricos: \$250.00 por individuo / \$500.00 por familia para farmacias del Nivel 1. Todos los niveles se aplican al Nivel 1. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de atención médica / farmacias del Nivel 1 de OMNIA: \$9,200.00 por individuo / \$18,400.00 por familia; y para proveedores del Nivel 2: \$9,200.00 por individuo / \$18,400.00 por familia. Total por familia. El Nivel 1 de OMNIA se acumula para el Nivel 2.	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 1-800-224-1234 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	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	<p>\$30.00 de copago por visita. No se aplica el deducible.</p> <p>Sin cargo por visita para Horizon CareOnline. No se aplica el deducible.</p> <p>\$15.00 de copago por visita para servicios de telemedicina. No se aplica el deducible.</p>	<p>50% de coseguro por visita.</p> <p>50% de coseguro por visita para servicios de telemedicina.</p>	Sin cobertura.	Los servicios de telemedicina de Horizon CareOnline son una característica de telemedicina adicional del proveedor de telemedicina de Horizon BCBSNJ.

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)	
	Consulta con un especialista	\$50.00 de copago por visita. No se aplica el deducible . Sin cargo por visita para Horizon CareOnline. No se aplica el deducible . \$15.00 de copago por visita para servicios de telemedicina. No se aplica el deducible .	50% de coseguro por visita. 50% de coseguro por visita para servicios de telemedicina.	Sin cobertura.	
	Atención preventiva/ evaluación/ vacunas	Sin cargo. No se aplica el deducible .	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.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo en el hogar, consultorio y laboratorio independiente. No se aplica el deducible . \$100.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cargo en el hogar, consultorio y laboratorio independiente. No se aplica el deducible . 50% 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.

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)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100.00 de copago en un centro para pacientes ambulatorios.	50% de coseguro en un centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa .
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. Consulte el formulario en www.myprime.com/content/dam/prime/memberportal/WebDocs/2025/Formularios/HIM/2025_NJ_3T_HealthInsuranceMarketplace.pdf	Medicamentos genéricos	\$20.00 de copago por venta minorista. \$40.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	\$20.00 de copago por venta minorista. \$40.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	\$20.00 de copago por venta minorista. \$40.00 de copago por pedido por correo. No se aplica el deducible .	Se puede requerir autorización previa . Cubre hasta un suministro de 30 días por copago , hasta un suministro de 90 días si se aplican copagos separados (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo). Se aplican cargos adicionales cuando se utiliza una farmacia fuera de la red. Se aplican límites de costo compartido para determinados medicamentos: Dispositivos autoinyectables de epinefrina, inhaladores para el asma, insulina.
	Medicamentos de marca preferidos	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	Se puede requerir autorización previa . Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	50% de coseguro por venta minorista/por pedido por correo.	El deducible para todos los niveles se aplica al deducible del Nivel 1. Se aplican cargos adicionales cuando se utiliza una farmacia fuera de la red. Se aplican límites de costo compartido para determinados medicamentos: Dispositivos autoinyectables de epinefrina, inhaladores para el asma, insulina.
	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.	

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

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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$175.00 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio. \$250.00 de copago por visita en un hospital para pacientes ambulatorios.	50% de coseguro en un centro quirúrgico ambulatorio y 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.
	Tarifas del médico/cirujano	Se aplica deducible en un centro quirúrgico ambulatorio y hospital para pacientes ambulatorios.	50% de coseguro en un centro quirúrgico ambulatorio y 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 deducible por anestesia del Nivel 1 de OMNIA. 50% de coseguro para anestesia del Nivel 2.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$100.00 de copago , luego 20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	\$100.00 de copago , luego 20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	\$100.00 de copago , luego 20% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	No se aplica el copago si el miembro es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas. El pago fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales.
	Transporte médico de emergencia	Se aplica el deducible .	Se aplica el deducible .	Se aplica el deducible .	El pago fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red se aplica solo a verdaderas emergencias médicas y lesiones accidentales.
	Atención de urgencia	\$75.00 de copago . No se aplica el deducible .	50% de coseguro .	50% de coseguro .	Pago fuera de la red al Nivel 2 dentro de la red solo para atención de urgencia .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . El período de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.
	Tarifas del médico/cirujano	Se aplica deducible en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se aplica deducible por anestesia del Nivel 1 de OMNIA. 50% de coseguro para anestesia del Nivel 2.

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 salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30.00 de copago en un hospital para pacientes ambulatorios.	50% de coseguro en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	El programa de sistema de atención integrado (Integrated System of Care, ISC) está disponible para los miembros con una enfermedad mental grave o trastorno por consumo de sustancias. El reembolso de los servicios del ISC requiere un proveedor de ISC contratado. Encuentre un proveedor de ISC en www.HorizonBlue.com/member-ISC
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . El período de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30.00 de copago por visita al consultorio. \$50.00 de copago por visita al especialista. No se aplica el deducible .	50% de coseguro en el consultorio.	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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Se aplica deducible en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	El período de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.

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	\$15.00 de copago en un centro para pacientes ambulatorios. No se aplica el deducible .	50% de coseguro en un centro para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . Los servicios de enfermería privada solo se cubren por el beneficio de atención médica en el hogar cuando lo exige un plan de atención médica en el hogar .
	Servicios de rehabilitación	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . El período de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.
	Servicios de habilitación	\$500.00 de copago por día en un hospital para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un hospital para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . El período de separación dentro de la red del Nivel 1 de OMNIA se limita a 90 días dentro de la red. \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.
	Atención de enfermería especializada	\$500.00 de copago por día en un centro para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un centro para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	
	Equipo médico duradero	50% de coseguro .	50% de coseguro .	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . El deducible del Nivel 2 se acumula para el de Nivel 1. El máximo de gastos del bolsillo (MOOP) del Nivel 2 se acumula para el de Nivel 1.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$500.00 de copago por día en un centro para pacientes hospitalizados.	50% de coseguro en un centro para pacientes hospitalizados.	Sin cobertura.	Se requiere aprobación previa . \$2,500.00 de copago máximo del Nivel 1 de OMNIA por admisión.

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 cargo. No se aplica el deducible .	Sin cargo. No se aplica el deducible .	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	Cantidades superiores a \$150.00 para marcos que no sean de colección. No se aplica el deducible .	Cantidades superiores a \$150.00 para marcos que no sean de colección. No se aplica el deducible .	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.
	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](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- La mayor parte de la cobertura brindada fuera de los Estados Unidos
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada (solo está cubierto a través del beneficio de Atención médica domiciliaria cuando se proporciona el plan de Atención médica domiciliaria)
- 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 la póliza o documento del [plan](#))
- Atención de los pies de rutina(excluye servicios o suministros relacionados con el cuidado de rutina de los pies, excepto: a) una operación de corte abierto para tratar pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes; b) la eliminación de las raíces de las uñas; y c) tratamiento o eliminación de callos, callosidades o uñas de los pies junto con el tratamiento de enfermedades vasculares metabólicas o periféricas)
- 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
- Acupuntura, cuando se utiliza como sustituto de otras formas de anestesia
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (limitado a 30 visitas por año calendario)
- Audífonos, incluida la cobertura para implantes cocleares (limitado a un audífono por oído con discapacidad auditiva por período de 24 meses)
- Tratamiento para la infertilidad (se limita a la inseminación artificial; se requiere [aprobación previa](#))

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: Horizon BCBSNJ al 1-800-224-1234; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o 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 Nueva Jersey al 1-800-446-7467 o www.state.nj.us/dobi/consumer.htm. 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: 1-800-224-1234 o visite www.Horizonblue.com. También puede comunicarse con el Servicio de Protección al Consumidor del Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al 1-888-393-1062 o visitar www.state.nj.us/dobi/consumer.htm.

¿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? No se aplica.

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 siguiente 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	\$1,600.00
■ Copago al especialista	\$50.00
■ Copago del hospital (establecimiento)	\$500.00
■ Otro coseguro	50%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,600.00
Copagos	\$600.00
Coseguro	\$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60.00
El total que Peg pagaría es	\$2,260.00

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	\$1,600.00
■ Copago al especialista	\$50.00
■ Copago del hospital (establecimiento)	\$500.00
■ Otro coseguro	50%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$250.00
Copagos	\$900.00
Coseguro	\$1,400.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20.00
El total que Joe pagaría es	\$2,570.00

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

■ El deducible general del plan	\$1,600.00
■ Copago al especialista	\$50.00
■ Copago del hospital (establecimiento)	\$500.00
■ Otro coseguro	50%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,600.00
Copagos	\$400.00
Coseguro	\$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Mia pagaría es	\$2,000.00

Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?” arriba.

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

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, nacionalidad, 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.

Cómo comunicarse con Servicios para miembros

Llame a Servicios para 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 la ayuda o los servicios gratuitos mencionados anteriormente y por **cualquier otro problema relativo a Servicios para miembros**.

Cómo presentar una queja formal de la Sección 1557

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

Civil Rights Coordinator

PO Box 820, Newark, NJ 07101.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el portal de reclamos 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, D.C. 20201**; o por teléfono al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697** (TDD). Los formularios de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) 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 अंग्रेजी 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۔