

# Regence Breakthru<sup>SM</sup> 50



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

Su plan Regence Breakthru 50 le brinda cobertura para los servicios que prestan los médicos dentro y fuera de la red, así como también otros proveedores profesionales, tal como se detalla a continuación. Una vez usted esté inscrito, la **Red del plan de proveedor preferido** es el grupo de proveedores con los cuales usted recibirá los mayores beneficios. La **lista de proveedores complementaria** es el grupo de proveedores para su beneficio de manipulación de la columna vertebral y acupuntura. Para obtener asistencia en cómo localizar a un médico o proveedor dentro de la red, por favor visite nuestro sitio Web en [www.or.regence.com](http://www.or.regence.com).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Este resumen de beneficios brinda una breve descripción de los beneficios de su plan de salud y no es una garantía de pago. Por favor, consulte su contrato para obtener un listado completo de los beneficios, limitaciones y exclusiones que aplican.

Características de los beneficios	Beneficios de proveedores dentro de la red	Beneficios de proveedores fuera de la red
Beneficio máximo vitalicio	\$2,000,000	
Deducible por año calendario por individuo	\$2,500 o \$5,000	
Deducible por año calendario por familia	Máximo de 3 deducibles individuales	
Coseguro máximo por individual por año calendario	\$10,000	Ningún
Coseguro máximo por familia por año calendario	Máximo de 3 coseguros máximos individuales	Ningún
Después de alcanzar el coseguro máximo cada año calendario, nosotros pagamos	100%	No disponible
<b>Aviso importante:</b> Los gastos cubiertos pagados al nivel de 100% y copagos no se acumulan para el deducible. Los gastos cubiertos pagados al nivel de 100%, copagos y deducibles no se aplican al máximo de su bolsillo.		
<b>Servicios profesionales</b> <span style="float: right;"><b>Después del deducible – Nosotros pagamos</b></span>		
Visits en el consultorio y otros procedimientos de consultorio	50%	50%
Radiología diagnóstica y pruebas de laboratorio	50%	50%
Inyecciones terapéuticas, incluyendo inyecciones para alergias	50%	50%
Cirugía	50%	50%
<b>Servicios hospitalarios</b> <span style="float: right;"><b>Después del deducible – Nosotros pagamos</b></span>		
Atención en sala de emergencia por emergencias médicas (se exonera el copago si es admitido en el hospital u otro centro como paciente hospitalizado)	50% después de un copago de \$100	
Tratamiento en la sala de emergencias para casos que no son emergencias	50% después de un copago de \$100	50% después de un copago de \$100
Paciente hospitalizado, incluyendo salud mental	50%	50%
Rehabilitación en el hospital	50%	50%
Servicios hospitalarios para los pacientes ambulatorios	50%	50%
<b>Otros servicios</b> <span style="float: right;"><b>Después del deducible – Nosotros pagamos</b></span>		
Ambulancia	50%	
Rehabilitación incluyendo terapia física, ocupacional, y del habla	50%	50%
Acupuntura y la manipulación de la columna vertebral	50%	50%
Unidad de cuidados de enfermería, estadía domiciliaria y cuidado en hospicio	50%	50%
Insumos y equipos médicos duraderos	50%	50%
<b>Información e Beneficios Adicional</b>		
Programa de descuentos RegenceRx	Proporciona un programa de descuentos para recetas. Todo lo que necesita hacer es mostrar su tarjeta de identificación en cualquier farmacia participante. Encuentre una farmacia participante en <a href="http://www.regencerrx.com">www.regencerrx.com</a> .	
Programa Tarjeta Azul/BlueCard®	Le ofrece descuentos a nivel nacional utilizando los servicios de proveedores participantes del Plan Blue Cross o Blue Shield en el área en donde usted recibe el servicio. Utilizar los proveedores fuera del Plan Blue Cross o Blue Shield puede dar como resultado que tenga que hacer mayores desembolsos directos. Encuentre un proveedor cerca de usted en <a href="http://www.bcbs.com">www.bcbs.com</a> .	
myRegence.com	<b>myRegence.com</b> es un recurso en línea diseñado para navegar, asesorarlo y recompensarlo en todas sus decisiones de atención médica. Visite <a href="http://myRegence.com">myRegence.com</a> y hágase una evaluación de riesgos de salud, vea sus reclamos, inscribese en un programa de bienestar en línea, encuentre un médico, verifique el estimador de costos o aprenda sobre asuntos de salud.	

**Consulte la página 2 para conocer las limitaciones y exclusiones >**

## Limitaciones y exclusiones

Este resumen presenta una breve descripción de los beneficios de su plan de atención médica y no es una garantía de pago. Consulte su contrato para obtener un listado completo de los beneficios, limitaciones y exclusiones que aplican. Una vez inscrito, puede ver su contrato en nuestro sitio Web, [www.or.regence.com](http://www.or.regence.com).

### Lineamientos para atención de emergencia

Los servicios cubiertos incluyen exámenes médicos y pruebas de laboratorio requeridos para determinar la severidad de una condición médica de emergencia. Los ejemplos incluyen:

Sospecha de ataque al corazón	Quemadura severa
Pérdida del conocimiento	Envenenamiento
Hemorragia que no se detiene	

### Pruebas de detección de cáncer de próstata y colorrectal

Los servicios cubiertos incluyen las pruebas médicamente necesarias de detección de cáncer de próstata y colorrectal. Consulte su contrato para obtener información sobre cómo están cubiertas las pruebas de detección de cáncer..

### Estos beneficios están limitados

- La atención para pacientes ambulatorios por enfermedad mental tiene un límite de 12 visitas por año calendario.
- La atención para pacientes hospitalizados por enfermedad mental tiene un límite de 8 días por año calendario.
- La acupuntura está limitada a 12 tratamientos por año calendario.
- La manipulación de la columna vertebral está limitada a 10 tratamientos por año calendario.
- Los cuidados de rehabilitación en hospital se limitan a \$4,000 por año calendario.
- Los cuidados de rehabilitación de pacientes ambulatorios se limitan a \$2,000 por año calendario.
- El cuidado en centros de enfermería calificada se limita a 30 días año calendario.
- El límite para cuidados de estadía domiciliaria es de 130 días por año calendario.
- Cuidado en hospicio se limita a un máximo de seis meses.
- Equipos médicos duraderos se limitan a \$2,500 por año calendario.
- El uso de ambulancia aérea y terrestre, combinadas, se limita a \$2,000 por año calendario (no aplica en caso de uso de emergencia).
- El beneficio de hormona del crecimiento, cuando es elegible de acuerdo al contrato, está limitado a \$25,000 por año calendario.
- Brindamos cobertura de trasplante únicamente a aquellas personas que han estado cubiertas por nosotros u otro asegurador con cobertura similar de trasplante, durante un total de por lo menos 12 meses (o desde el nacimiento), siempre que no haya un lapso entre las dos coberturas. Los beneficios se basan en la elegibilidad del recipiente, no del donante. Nuestro pago para ciertos servicios y suministros relacionados con el trasplante se limita a un máximo vitalicio de \$250,000 por asegurado.
- Hay un período de espera de nueve meses para la remoción de amígdalas o adenoides con o sin miringotomía, otitis media, alergias, esterilización y condiciones preexistentes (no incluye atención prenatal). Nosotros reduciremos la duración del período de espera si hay una cobertura acreditada anterior. Consulte el contrato para obtener más detalles.

### Servicios y suministros no cubiertos:

- Servicios proporcionados por un miembro de su familia inmediata.
- Servicios o materiales que no son médicamente necesarios.
- Tratamiento por alcoholismo y dependencia química.
- Los exámenes médicos de rutina incluyendo prueba de papanicolaou anual de rutina, vacunas de rutina, pruebas y procedimientos de detección.
- Cuidado de los pies tal como el tratamiento para callos, callosidades, remoción de uñas, otro cuidado rutinario de los pies y zapatos ortopédicos.
- Tratamiento relacionado con el embarazo, cuidado prenatal o alumbramiento, incluyendo cuidados rutinarios del recién nacido, atención de enfermería, incluyendo cualquier complicación relacionada con la atención de maternidad.
- Tratamiento para la obesidad o control de peso, incluyendo cirugía o cualquier otro tratamiento que se proporcione para obesidad o control de peso.
- Cirugía para alterar la refracción del ojo.
- Servicios y suministros cosméticos / reconstructivos, incluyendo las complicaciones derivadas de esos servicios.
- Servicios de ortognática.
- Servicios y suministros para la planificación familiar (excepto esterilización), inseminación artificial, fertilizaciones in vitro, diagnóstico y tratamiento para la infertilidad o cirugía para corregir una esterilización voluntaria.
- Servicios o suministros dentales (a menos que se indique lo contrario).
- Programas de ejercicio físico.
- Servicios o suministros para el tratamiento de desórdenes de personalidad o de identidad de género.
- Programas de autoayuda, capacitación e instructivos para la modificación del comportamiento.
- Orientación o tratamiento para una persona que no esté enferma.
- Vacunas con el único propósito de realizar un viaje o la obtención de un pasaporte.
- Custodia incluyendo atención de enfermería de rutina y atención privada de enfermería.
- Tratamientos experimentales y de investigación, procedimientos, equipo, aparatos y materiales
- Aparatos o equipo para confort o conveniencia principalmente.
- El acondicionamiento, provisión o reposición de aparatos auditivos.
- Exámenes de la vista incluyendo ejercicios oculares y acondicionamiento, provisión o reposición de anteojos.



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon  
Llamada sin cargo, todas las áreas, al 1 (800) 365-3155  
Línea TDD para personas con impedimentos auditivos  
1 (800) 382-1003

[www.or.regence.com](http://www.or.regence.com)