

Plan de salud integral de Regence HSA



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

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

Su Plan de salud integral de Regence HSA 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 participante** es el grupo de proveedores con los cuales usted recibirá los mayores beneficios. Para obtener asistencia para localizar a un médico o proveedor dentro de la red, por favor refiérase a su directorio de proveedores o visite nuestro sitio Web en 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	
Opciones de deducible por año calendario	\$1,500 para cobertura individual \$3,000 para cobertura familiar	
La cantidad máxima de su bolsillo por año calendario, incluyendo el deducible	\$5,000 para cobertura individual; \$10,000 para cobertura familiar	Ningún
Después de alcanzar el máximo de su bolsillo cada año calendario, nosotros pagamos	100%	No disponible
Atención Por Favor: El deducible de cobertura individual y el máximo de su bolsillo ambos se aplican cuando un individuo esté inscrito sin dependientes. El deducible de cobertura familiar y el máximo de su bolsillo ambos se aplican cuando un individuo y uno o más dependientes estén inscritos. Antes de recibir los beneficios, debe pagarse el deducible familiar completo.		
Servicios preventivos		
Deducible exonerado - Nosotros pagamos		
Inmunizaciones (vacunas) para adultos y niños	80%	60%
Examen de bebé sano y examen de niño sano incluyendo servicios relacionados de laboratorio y radiología	80%	60%
Examen ginecológico, incluyendo prueba de Papanicolau y mamografía	80%	60%
Examen físico de rutina para adultos, incluyendo servicios relacionados de laboratorio y radiología	80%	60%
Servicios profesionales		
Después del deducible – Nosotros pagamos		
Visits en el consultorio y otros procedimientos de consultorio, incluyendo salud mental	80%	60%
Inyecciones terapéuticas, incluyendo inyecciones para alergias	80%	60%
Atención prenatal	80%	60%
Cirugía	80%	60%
Radiología y laboratorio de diagnóstico	80%	60%
Servicios hospitalarios		
Después del deducible – Nosotros pagamos		
Atención en sala de emergencia por emergencias médicas	80%	
Tratamiento en la sala de emergencias para casos que no son emergencias médicas	80%	60%
Paciente hospitalizado, incluyendo cirugía, maternidad, rehabilitación y salud mental	80%	60%
Servicios para pacientes ambulatorios, incluyendo cirugía, radiología diagnóstica y laboratorio	80%	60%
Otros servicios		
Después del deducible – Nosotros pagamos		
Ambulancia	80%	
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia física, ocupacional, y del habla)	80%	60%
Unidad de cuidados de enfermería, estadía domiciliar y cuidado en hospicio	80%	60%
Insumos y equipos médicos duraderos	80%	60%
Terapia para el desarrollo neurológico	80%	60%
Beneficios de prescripción		
Después del deducible – Nosotros pagamos		
Medicinas por prescripción compradas en la farmacia (suministro para 30 días)	50%	

Información e Beneficios Adicional	
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 www.bcbs.com .
myRegence.com	myRegence.com es un recurso en línea diseñado para navegar, asesorarlo y recompensarlo en todas sus decisiones de atención médica. Visite myRegence.com 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.

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.
- 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.
- Los servicios de emergencia cubiertos incluyen los exámenes médicos y pruebas complementarias requeridas para determinar la seriedad de una afección médica de emergencia. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a: Sospecha de ataque al corazón, quemadura severa, pérdida de la conciencia, envenenamiento, hemorragia que no se detiene y dolor intenso.
- 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 \$15,000 por año calendario.
- Los cuidados de rehabilitación de pacientes ambulatorios, incluyendo la terapia de masaje, se limitan a \$1,500 por año calendario.
- La terapia de neurodesarrollo se limita \$1,500 por año calendario, para los niños de seis años de edad o menores.
- El límite para cuidados de estadía domiciliaria es de 130 visitas por año calendario.
- El cuidado en centros de enfermería calificada se limita a 100 días por estadía.
- Equipos médicos duraderos se limitan a \$2,500 por año calendario. El máximo anual por equipos médicos duraderos y suministros duraderos no aplica a equipos y suministros diabéticos.
- El uso de ambulancia aérea y terrestre, combinadas, se limita a \$5,000 por año calendario (no aplica en caso de uso de emergencia).
- La atención dental está limitada al tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales o a la fractura de la mandíbula y está limitada a \$1,000 por año calendario. El diagnóstico debe hacerse antes de 6 meses y el tratamiento antes de cumplirse 12 meses de la lesión.
- La hospitalización por tratamiento dental médicamente necesario se limita a \$1,000 por año calendario.
- El beneficio de hormona del crecimiento, cuando es elegible de acuerdo al contrato, está limitado a \$20,000 por año calendario.
- Los siguientes serán cubiertos únicamente después de nueve meses de ingreso al plan: condiciones preexistentes, alergias, otitis media (infecciones de oído), remoción de amígdalas y adenoides, y procedimientos de esterilización. Puede recibir crédito de su cobertura médica acreditada previa, siempre que exista un lapso de 63 días entre las dos

coberturas.

Servicios y suministros no cubiertos

- Vacunas con el único propósito de realizar un viaje o la obtención de un pasaporte.
- Servicios proporcionados por un miembro de su familia inmediata.
- Servicios o materiales que no son médicamente necesarios.
- Dependencia de sustancias químicas.
- Servicios relacionados o que promuevan la infertilidad y la reversión de procedimientos de esterilización.
- Cirugía ortognática.
- Desorden articular temporomandibular.
- Cuidados de vigilancia, higiene personal y otras formas de cuidado personal supervisado.
- Servicios y materiales proporcionados para la obesidad o reducción de peso, incluyendo complicaciones derivadas de esos tratamientos.
- Psicoterapia crónica o de largo plazo (servicios brindados en el exceso de una intervención por crisis o terapia a corto plazo).
- Servicios o suministros para el tratamiento de desórdenes de personalidad o de identidad de género.
- Servicios y suministros cosméticos / reconstructivos, incluyendo las complicaciones derivadas de esos servicios.
- Tratamientos experimentales y de investigación, procedimientos, equipo, aparatos y materiales.
- Tratamiento para la adicción al tabaco, productos del tabaco, sustitutos de la nicotina o alimentos.
- Aparatos o equipo para el confort o la conveniencia personal principalmente y aparatos terapéuticos que incluyen anteojos y aparatos de corrección auditiva.
- Exámenes rutinarios, ya sean físicos, mentales, de la vista, del oído o ejercicios oculares (excepto cuando estén específicamente mencionados).
- Cirugía para alterar la refracción del ojo.
- Capacitación de auto-ayuda, programas instructivos y programas de ejercicio físico (excepto cuando estén específicamente mencionados).

Estos beneficios de farmacia son limitados

- La cantidad máxima de medicamentos comprados en la farmacia es de un suministro para 30 días.
- Los medicamentos compuestos están cubiertos únicamente cuando uno de los ingredientes sólo puede ser obtenido por receta médica o está restringido por el Estado.

Beneficios de farmacia no cubiertos

- Medicamentos para la impotencia e infertilidad.
- Medicinas experimentales o de investigación.
- Medicamentos recetados para propósitos cosméticos.
- Productos para dejar de fumar.



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