

RESUMEN DE BENEFICIOS
Regence NowSelectSM
(UN PLAN PREFERIDO)



Regence

Regence BlueShield is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Para servicios médicamente necesarios brindados por un Plan Preferido o proveedor reconocido en el área de servicio, los beneficios de este plan serán proporcionados de acuerdo con el porcentaje del monto autorizado según se especifica a continuación, después de cumplir con el deducible. A menos que se especifique lo contrario, todos los beneficios están sujetos al deducible anual, además de cualquier copago y coaseguro.

Cuando usted haya alcanzado el desembolso máximo anual por coaseguro únicamente por servicios brindados por proveedores del Plan Preferido o fuera del área, este plan proporcionará los beneficios en 100% del monto autorizado durante el resto del año calendario por los proveedores del Plan Preferido o fuera del área, a menos que se especifique lo contrario. Será su responsabilidad pagar cualquier saldo por cargos no cubiertos por este plan.

El deducible anual, los copagos, la rehabilitación como paciente ambulatorio, y la mayoría de los servicios proporcionados por proveedores participantes o reconocidos no aplican al monto del desembolso anual de coaseguro.

Beneficios	Plan Preferido	Participante/reconocido
	Proveedor	Proveedor
Annual Deducible Los copagos y la medicina preventiva no cuentan como parte del deducible. El deducible familiar se cumple cuando tres o más miembros de la familia cubiertos alcanzan el equivalente de tres montos individuales de deducible en un año calendario.	\$2,500 por persona/\$7,500 por familia o \$5,000 por persona/\$15,000 por familia o \$7,500 por persona/\$22,500 por familia o \$10,000 por persona/\$30,000 por familia	
Máximo vitalicio	\$2,000,000 por persona	
Monto de desembolso anual de coaseguro El monto familiar de desembolso de coaseguro se cumple cuando tres o más miembros de la familia alcanzan el equivalente de tres montos individuales de desembolso de coaseguro en un año calendario.	\$10,000 por persona \$15,000 por familia	No hay desembolso máximo
Servicios profesionales Cada año calendario las primeras cuatro visitas en el consultorio, a domicilio o en hospital para pacientes ambulatorios, y los primeros \$400 de los servicios diagnósticos de rayos X y de laboratorio para pacientes ambulatorios Por año calendario están sujetos al deducible desde la quinta visita en adelante en el consultorio, a domicilio y en hospital para pacientes ambulatorios y los servicios diagnósticos de rayos X y de laboratorio que van más allá de los \$400 y todo otro servicio profesional (ej. Rayos X, pruebas de laboratorio, y tratamientos médicos)	(a menos que se especifique lo contrario) 100% después de un copago de \$35 por visita 80%	100% después de un copago de \$35 por visita 50%
Centro hospitalario (Para pacientes hospitalizados y ambulatorios)*** Incluyendo los servicios diagnósticos de rayos X y de laboratorio \$100 de copago por visita a la sala de emergencia (exento si es admitido)	80%	50%
Acupuntura Máximo de 12 visitas por año calendario	80%	50%
Servicios de ambulancia** Servicios terrestres: Máximo de \$2,000 por año calendario	80%	80%
Banco de sangre**	80%	80%
Atención médica en el hogar y cuidados paliativos Atención médica en el hogar: Máximo de 130 visitas por año calendario Cuidados paliativos: Máximo de 6 meses	80%	80%
Equipo médico de uso en el hogar Máximo de \$2,500 por año calendario	80%	50%
Fototerapia en el hogar	80%	80%
Terapia de infusión El tratamiento con hormona del crecimiento tiene un límite de \$25,000 por año calendario	80%	50%
Mamografía Las mamografías de rutina no están sujetas a deducible	igual que cualquier afección	
Trastornos Mentales Paciente hospitalizado – 8 días por año calendario Paciente ambulatorio – 12 visitas por año calendario	80%	50%
Lesión ocupacional (proporcionado para el suscriptor únicamente)	igual que cualquier afección	

Fórmulas para fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	80%	80%
No sujetas a períodos de espera		
Atención preventiva	80%	50%
Máximo de \$400 por año calendario; no sujeta a deducible		
Los exámenes de rutina, vacunas, atención de niño sano y pruebas de rutina de detección de cáncer, incluyendo las cirugías preventivas (pruebas de rutina de detección de cáncer colorectal no sujetas al máximo)		
Detección de cáncer de próstata	igual que cualquier afección	
Pruebas de rutina de detección de cáncer de próstata no sujetas a deducible		
Prótesis y ortopedia	80%	50%
Rehabilitación	80%	50%
Paciente hospitalizado: Máximo de \$4,000 por año calendario		
Paciente ambulatorio: Máximo de \$2,000 por año calendario		
Centro de enfermería especializada	*	80%
Máximo de 30 días por año calendario		
Equipo y materiales especiales	80%	80%
Manipulaciones de la columna vertebral	80%	50%
Máximo de 10 manipulaciones por año calendario		
Trasplantes	80%	50%
Máximo vitalicio de \$250,000; máximo de \$50,000 por obtención de órganos de donadores para trasplante; máximo de \$2,500 por gastos de viaje y alojamiento por trasplante; período de espera de 12 meses		

*En este momento, este servicio es proporcionado únicamente por proveedores participantes

**En este momento, estos servicios son proporcionados únicamente por proveedores reconocidos.

*** Los servicios y materiales requeridos para el tratamiento de una emergencia médica serán proporcionados en el nivel de pago de beneficios del Plan Preferido.

Disposiciones de control de costos: Todas las admisiones a hospitales o a centros de enfermería especializada deben ser médicamente necesarias. Cuando se encuentre fuera del área de servicio, deberá obtener la aprobación previa a la admisión para asegurarse que le sean proporcionados los beneficios completos del plan.

Atención de emergencia: En caso de una emergencia médica dentro del área de servicio, los beneficios serán proporcionados en el nivel especificado para un proveedor del Plan Preferido. Los beneficios por utilizar proveedores reconocidos se basarán en el cargo real que cobra el proveedor reconocido por el servicio. Fuera del área de servicio los beneficios se proporcionarán en el nivel especificado a continuación.

Copago: Hay un copago por cada consulta en la clínica o visita a domicilio facturada como tal por un proveedor en la clínica, en el hogar o en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital (exento por cirugía, radiación y quimioterapia, manipulaciones de la columna vertebral o si usted es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado). Los copagos no aplican al monto de deducible o de desembolso de coaseguro.

Atención Fuera del Área de Servicio: Toda la atención recibida fuera del área de servicio será pagada de la misma forma que en el área de servicio si utiliza un proveedor del Plan Preferido o un proveedor participante. El pago se hará de acuerdo con el monto autorizado. Para recibir el mayor nivel de beneficios, usted debe recibir los servicios de un proveedor del Plan Preferido. Si no hay un proveedor de la red de servicios del Plan Preferido en un área, los beneficios se proporcionarán para la atención recibida de un proveedor participante en el nivel especificado para los proveedores del Plan Preferido. Los beneficios serán proporcionados por la atención recibida de un proveedor reconocido en el nivel especificado para los proveedores del Plan Preferido únicamente, sin no hay un proveedor participante de la red de servicios de Blue Cross o Blue Shield local en un área en particular y por emergencias médicas. Llame al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener los nombres de los proveedores participantes del Plan Preferido en el plan local de Blue Cross o Blue Shield. Cuando necesite atención médica fuera de los Estados Unidos o sus territorios, llame al Centro Mundial de Servicio de BlueCard al 1-800-810-BLUE o llame por cobrar al 1-804-673-1177. Si es admitido en un hospital mientras viaja fuera del área de servicio, debe comunicarse con la Compañía dentro de las siguientes 24 horas para obtener los beneficios completos del plan. Si cumple con todos los requisitos, se le proporcionarán los beneficios de paciente hospitalizado en el nivel especificado para los proveedores del Plan Preferido por servicios y materiales similares.

Períodos de espera: No se proporciona ningún beneficio por el tratamiento relacionado con un trasplante hasta que haya estado cubierto por este plan o por un plan anterior de la Compañía (Asuris Northwest Health) durante 12 meses consecutivos. No se proporcionará ningún beneficio por afecciones preexistentes, hasta que haya estado cubierto por este plan durante nueve meses consecutivos, a menos que haya tenido cobertura continuamente por lo menos durante nueve meses según el plan acreditable inmediatamente anterior.

Este es un breve resumen de beneficios; no es un certificado de cobertura. Para enterarse de todas las disposiciones de cobertura, incluyendo la descripción de los períodos de espera, limitaciones y exclusiones, consulte el contrato del plan. myAsuris.com está diseñado para asesorarlo sobre las opciones de atención médica y de estilo de vida, navegar a través del sistema de atención médica y recompensar a quienes eligen opciones saludables. Visite www.myRegence.com y vea los reclamos; obtenga sugerencias de nutrición y condición física; aprenda sobre las condiciones médicas, medicamentos e información del listado de medicamentos; busque a médicos, e investigue sobre las opciones de atención y los costos.