

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## REGENCE BREAKTHRU 70

### (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, los beneficios de este plan serán proporcionados al 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 otro copagos y coaseguro.

Cuando usted haya alcanzado el desembolso máximo anual por coaseguro, este plan proporcionará los beneficios en 100% del monto autorizado durante el resto del año calendario por los servicios de los proveedores del Plan Preferido únicamente, 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, los medicamentos con receta médica, la rehabilitación ambulatoria, los accesorios para la vista y la mayoría de los servicios de proveedores participantes no aplican para el monto del desembolso anual de coaseguro.

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Preferido Proveedor</b>	<b>Participante Proveedor</b>
<b>Deducible anual</b> Los copagos, los medicamentos con receta médica, la atención preventiva y el examen ocular de rutina no cuentan para el 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.	\$1,000 por persona/\$3,000 por familia o \$3,000 por persona/\$9,000 por familia	
<b>Máximo vitalicio</b>	\$2,000,000 por persona	
<b>Monto de desembolso anual de coaseguro</b> 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.	\$5,000 por persona \$15,000 por familia	No hay desembolso máximo
<b>Servicios profesionales</b> Visitas en el consultorio, a domicilio y en hospital para pacientes ambulatorios; no sujetas a deducible Los servicios diagnósticos de rayos X y de laboratorio para pacientes ambulatorios y otros servicios profesionales; sujetos a deducible La cobertura incluye los servicios de médicos, osteópatas, naturópatas y otros proveedores profesionales de atención médica elegibles	(a menos que se especifique lo contrario) 100% después de un copago de \$30 por visita 70%	100% después de un copago de \$40 por visita 50%
<b>Centro hospitalario (Para pacientes hospitalizados y ambulatorios)****</b> Incluyendo los servicios diagnósticos de rayos X y de laboratorio \$100 de copago por visita a la sala de emergencia (exento si es admitido)	70%	50%
<b>Acupuntura</b> Máximo de 12 visitas por año calendario	70%	50%
<b>Servicios de ambulancia**</b> Servicios terrestres: Máximo de \$2,000 por año calendario	70%	70%
<b>Banco de sangre**</b>	70%	70%
<b>Atención médica en el hogar y cuidados paliativos</b> Atención médica en el hogar – Máximo de 130 visitas por año calendario Cuidados paliativos – Máximo de 6 meses	70%	70%
<b>Equipo médico de uso en el hogar</b> Máximo de \$2,500 por año calendario	70%	50%
<b>Fototerapia en el hogar</b>	70%	70%
<b>Terapia de infusión</b> El tratamiento con hormona del crecimiento tiene un límite de \$25,000 por año calendario	70%	50%
<b>Mamografía</b> Las mamografías de rutina no están sujetas a deducible	70%	50%
<b>Maternidad</b>	70%	50%
<b>Trastornos Mentales</b> Paciente hospitalizado – 8 días por año calendario Paciente ambulatorio – 12 visitas por año calendario	70%	50%
<b>Lesión ocupacional (proporcionado para el suscriptor únicamente)</b>	igual que cualquier afección	
<b>Formulas para fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)</b> No está sujeta a períodos de espera	70%	70%

<b>Medicamentos con receta médica</b>		
Máximo de \$3,000 por año calendario; no sujetos a deducible	100% después de un copago de minorista de \$10 o 100% después de un copago de pedidos por correo de \$20	
Listado de medicamentos genéricos		70%
Listado de medicamentos de marca		50%
Medicamento no incluido en el listado de medicamentos		
<b>Atención preventiva</b>	70%	50%
Máximo de \$200 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)		
<b>Detección de Cáncer de Próstata</b>	70%	50%
Pruebas de rutina de detección de cáncer de próstata no sujetas a deducible		
<b>Prótesis y ortopedia</b>	70%	50%
<b>Rehabilitación</b>	70%	50%
Paciente hospitalizado – Máximo de \$4,000 por año calendario		
Paciente ambulatorio – Máximo de \$2,000 por año calendario		
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	*	70%
Máximo de 30 días por año calendario		
<b>Equipo y Materiales Especiales</b>	70%	70%
<b>Manipulaciones de la Columna Vertebral</b>	70%	50%
Máximo de 10 manipulaciones por año calendario		
<b>Trasplantes</b>	70%	50%
Máximo vitalicio de \$250,000; máximo de \$50,000 por la 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		
<b>Atención de la vista</b> (no sujeta a deducible)	100% después de un copago de \$30	100% después de un copago de \$40
Un examen ocular de rutina por año calendario	***	100%
Accesorios para la vista: Máximo de \$200 por año calendario		

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

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

\*\*\*En este momento, este servicio es proporcionado únicamente por proveedores ópticos participantes o 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. Se requiere aprobación previa a la admisión para todas las hospitalizaciones fuera del área de servicio si usted busca atención de proveedores que no han sido contratados por el plan de Blue Cross o Blue Shield, excepto para servicios de emergencia o admisiones por maternidad.

**Atención de Emergencia:** Los beneficios de emergencia serán proporcionados en el nivel especificado para un proveedor del Plan Preferido. En caso de una emergencia médica, el tratamiento brindado por un proveedor que normalmente no está cubierto por este plan será reconocido durante un período de 24 horas o por el tiempo adicional razonablemente necesario para empezar a recibir atención de un proveedor del Plan Preferido o un proveedor participante. Los beneficios se basarán en el cargo real que cobra el proveedor reconocido por el servicio.

**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 (Regence BlueShield) durante 12 meses consecutivos. No se proporcionará ningún beneficio por afecciones preexistentes, incluyendo maternidad, hasta que haya estado cubierto por este plan durante nueve meses consecutivos, a menos que haya tenido cobertura continua 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. myRegence.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](http://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.**