

# RESUMEN DE BENEFICIOS INDIVIDUAL REGENCE HSA HEALTHPLAN



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. La mayoría de los servicios proporcionados por proveedores participantes o reconocidos no aplican al 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.	\$2,500 por persona/\$5,000 por familia o \$3,500 por persona/\$7,000 por familia	
<b>Máximo vitalicio</b>	\$2,000,000 por persona	
<b>Monto de desembolso anual de coaseguro</b> Es el monto total de coaseguro y el monto del deducible que usted, o usted y su familia, son responsables de pagar durante un año calendario por los servicios cubiertos, después de lo cual el plan proporcionará beneficios al 100% del monto permitido para el resto de dicho año calendario, por los servicios de proveedores del Plan preferido o fuera del área únicamente, a menos que se especifique de otra forma. La mayoría de los servicios proporcionados por los proveedores participantes o reconocidos, no aplica hacia el desembolso máximo anual. Será su responsabilidad, o de usted y su familia, pagar cualquier saldo de los cargos que no cubra este plan. El monto de desembolso familiar aplica cuando el suscriptor y uno o más dependientes están inscritos. Antes que cualquier miembro de la familia reciba los beneficios al 100%, se debe pagar el desembolso máximo familiar completo.	\$5,000 por persona \$10,000 por familia	No hay desembolso máximo
<b>Servicios profesionales</b>	(a menos que se especifique lo contrario)	
Se incluyen los servicios de diagnósticos de rayos X y de laboratorio. La cobertura incluye los servicios de médicos, osteópatas, naturópatas y otros proveedores profesionales de atención médica elegibles.	80%	60%
<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)	80%	60%
<b>Acupuntura</b> Máximo de 12 visitas por año calendario	80%	60%
<b>Servicios de ambulancia**</b> Servicios terrestres: Máximo de \$2,000 por año calendario	80%	80%
<b>Banco de sangre**</b>	80%	80%
<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	80%	80%
<b>Equipo médico de uso en el hogar</b> Máximo de \$2,500 por año calendar	80%	60%
<b>Fototerapia en el hogar</b>	80%	80%
<b>Terapia de infusión</b> El tratamiento con hormona del crecimiento tiene un límite de \$20,000	80%	60%

por año calendario		
<b>Mamografía</b>	80%	60%
Las mamografías de rutina no están sujetas a deducible		
<b>Trastornos Mentales</b>	80%	60%
Paciente hospitalizado – 8 días por año calendario		
Paciente ambulatorio – 12 visitas por año calendario		
<b>Lesión ocupacional (proporcionado para el suscriptor únicamente)</b>	80%	60%
<b>Formulas para fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)</b>	80%	80%
No está sujeta a períodos de espera		
<b>Atención preventiva (no sujeta a deducible)</b>	80%	60%
<b>Detección de Cáncer de Próstata</b>	80%	60%
Pruebas de rutina de detección de cáncer de próstata no sujetas a deducible		
<b>Prótesis y ortopedia</b>	80%	60%
<b>Rehabilitación</b>	80%	60%
Paciente hospitalizado – Máximo de \$4,000 por año calendario		
Paciente ambulatorio – Máximo de \$2,000 por año calendario		
<b>Centro de Enfermería Especializada:</b>	*	80%
Máximo de 30 días por año calendario		
<b>Equipo y Materiales Especiales</b>	80%	80%
<b>Manipulaciones de la Columna Vertebral</b>	80%	60%
Máximo de 10 manipulaciones por año calendario		
<b>Trasplantes</b>	80%	60%
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		

\*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. 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.

**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.

**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, si 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, 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.**