Regence Standard Silver Plan Individual Connect

Vigente del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Regence BlueCross BlueShield of Oregon es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Detalles del costo compartido		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico anual	El deducible total que usted paga por año calendario	$6,100 por persona $12,200 por familia	Sin cobertura
Deducible anual de medicamentos recetados	El deducible total que usted paga por año calendario por medicamentos recetados	El mismo que para los servicios médicos	Sin cobertura
Límite máximo anual de desembolso directo	El total combinado de sus deducibles, coseguro y copagos por año calendario	$10,700 por persona $21,400 por familia	Sin cobertura
10 beneficios esenciales (*a menos que se indique lo contrario, se aplica un deducible*)		**Lo que usted paga**	
		Dentro de la red	**Fuera de la red**
1. Atención ambulatoria	Visitas de atención primaria (por enfermedad o lesión)	Primeras 3 visitas de atención primaria, de salud conductual y atención virtual combinadas, $5 de copago por visita, exento de deducible Después de 3 visitas, $40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Visitas a especialistas	$100 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Visitas de atención de urgencia	$70 de copago por visita, exento de deducible	
2. Atención de emergencia	Atención de la sala de emergencias	30 %	
	Ambulancia	30 %	
3. Hospitalización	Atención hospitalaria: pacientes hospitalizados	30 %	Sin cobertura
	Suministros	30 %	Sin cobertura
4. Servicios de laboratorio y radiología	Radiología y laboratorio: pacientes hospitalizados	30 %	Sin cobertura
	Radiología y laboratorio: pacientes ambulatorios	30 %	Sin cobertura
5. Atención de maternidad y del recién nacido	Atención por maternidad	30 %	Sin cobertura
	Atención al recién nacido	30 %	Sin cobertura
	Visitas al hogar para recién nacidos: dentro de los 6 meses de edad, al menos una visita durante los primeros 3 meses, con hasta 3 más disponibles	Cobertura total	Sin cobertura
6. Servicios de salud conductual	Servicios de salud conductual: pacientes hospitalizados	30 %	Sin cobertura
	Servicios de salud conductual: pacientes ambulatorios	Primeras 3 visitas de atención primaria, de salud conductual y atención virtual combinadas, $5 de copago por visita, exento de deducible Después de 3 visitas, $40 de copago por visita en consultorio / psicoterapia como paciente ambulatorio, exento de deducible Todos los otros servicios para pacientes ambulatorios: 30 %	Sin cobertura
7. Servicios de rehabilitación / habilitación/ biorretroalimentación	Habilitación: pacientes hospitalizados (30 días por año calendario)	30 %	Sin cobertura
	Habilitación: pacientes ambulatorios (30 visitas por año calendario)	$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura

10 beneficios esenciales (*a menos que se indique lo contrario, se aplica un deducible*)		Lo que usted paga	
		Dentro de la red	**Fuera de la red**
	Rehabilitación: pacientes hospitalizados (30 días por año calendario)	30 %	Sin cobertura
	Rehabilitación: pacientes ambulatorios (30 visitas por año calendario)	$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Biorretroalimentación: (10 visitas de por vida)	$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
8. Servicios pediátricos (menores de 19 años)	**Atención dental pediátrica**	Sin cobertura	
	Atención de la vista pediátrica: exámenes: 1 examen de la vista integral de rutina por año calendario Lentes de contacto: disponibles una vez por año calendario en lugar de todos los demás beneficios para lentes / marcos Marcos: 1 marco por año calendario Lentes: 1 par de lentes estándar por año calendario, incluye protección contra rayaduras y rayos UV	Cobertura total (para el examen de rutina y los artículos ópticos) Marcos: limitados a la colección Otis & Piper Eyewear Collection	Sin cobertura
	Encuentre los beneficios de su plan de la vista o un médico de la vista de VSP en regence.com o llame al 1-844-299-3041		
9. Medicamentos recetados	Genérico (exento de deducible)	$15 por receta en farmacia minorista* / $45 por receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura
	De marca preferido (exento de deducible)	$60 por receta en farmacia minorista* / $180 por receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura
	De marca (exento de deducible)	50 % por receta en farmacia minorista / 50 % por receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura
	De especialidad (exento de deducible)	50 % para medicamentos de especialidad	Sin cobertura

**1 copago por suministro para 30 días*
Límite de costo compartido para insulina: *farmacia minorista o de entrega a domicilio: límite de $35 para el costo compartido del asegurado por suministro para 30 días, exento de deducible; límite de $105 para el costo compartido del asegurado por suministro de hasta 90 días, exento de deducible*
30 % por cada medicamento de quimioterapia contra el cáncer que usted se administre por su cuenta
Además del copago y / o coseguro, usted debe pagar la diferencia de costo entre un medicamento de marca que le dispensen y su equivalente genérico
Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en https://regence.com/go/2027/OR/4tier

10. Servicios preventivos: Wellness Rewards disponible	Examen físico anual	Cobertura total	Sin cobertura
	Vacunas	Cobertura total	Sin cobertura
	Pruebas de detección preventivas	Cobertura total	Sin cobertura
Otros servicios	Acupuntura (12 visitas por año calendario)	$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Manipulaciones de la columna vertebral (20 visitas por año calendario)	$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Atención virtual: telesalud (consultas médicas por teléfono o videochat cuando no esté en un centro de atención médica [incluye visitas de salud conductual], se aplican limitaciones)	Primeras 3 visitas de atención primaria, de salud conductual y atención virtual combinadas, $5 de copago por visita, exento de deducible Después de 3 visitas, $40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura

Servicios de valor agregado

Su cobertura Regence incluye acceso a los servicios de valor agregado que se detallan aquí. **ESTOS SERVICIOS DE VALOR AGREGADO SON VOLUNTARIOS, NO SON UN SEGURO Y SE OFRECEN ADEMÁS DE LOS BENEFICIOS.** Estos servicios de valor agregado pueden funcionar junto con su cobertura. Para obtener más información sobre cualquiera de estos servicios de valor agregado, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

Programa de Asistencia Individual (IAP)	El IAP ofrece asesoramiento confidencial a corto plazo, sin ningún gasto por desembolso directo. (4 visitas de asesoramiento para salud mental por cada problema)
Programa de articulaciones, columna y músculos	El programa de articulaciones, columna y músculos es un programa entregado digitalmente que se proporciona sin costo para usted, para ayudar a controlar la movilidad y el dolor de sus articulaciones, columna vertebral y músculos.

Servicios de valor agregado	
Manejo de la salud renal	Si se lo identifica para participar, el programa de Manejo de la salud renal aborda las necesidades de manejo médico de la enfermedad renal crónica (CKD) en las etapas 3, 4, 5 y desconocida, así como la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
Aplicación móvil	Acceso rápido a: chat con Servicio al Cliente, estimar el costo del tratamiento, tarjeta de identificación (ID), pago de primas, precios en farmacias, ver reclamos.
Asesoramiento de enfermería	Tiene acceso a enfermeras registradas que responderán sus preguntas o inquietudes relacionadas con la salud y para ayudarle a tomar decisiones informadas sobre la búsqueda del nivel adecuado de atención 24 / 7. Sin embargo, si tiene una emergencia médica, llame de inmediato al 911.
Programa de embarazo	El embarazo es un momento de planificación y entusiasmo, pero también puede ser un momento de confusión y dudas, el Programa de Embarazo puede ayudar.
Regence Advantages	Regence Advantages es un programa de descuentos que le permite ahorrar en diversos productos y servicios relacionados con la salud.
Programa del bienestar	El programa del bienestar ofrece diversas herramientas, información y apoyo para llevar un estilo de vida saludable. Wellness Rewards disponible.

Redes de proveedores

Usted está inscrito en la red Individual Connect. Hay varias redes de proveedores en su estado. Tenga en cuenta que estas redes no son intercambiables y cuentan con distintos proveedores. Para encontrar proveedores en su red, inicie sesión en su cuenta y utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores: https://regence.com/go/OR/IndividualConnect.

Servicios fuera del área de cobertura

Fuera del área de servicio, los asegurados tienen beneficios dentro de la red solo para ambulancia, sala de emergencias y atención de urgencia, además de la cobertura aprobada fuera de la red. Además, los asegurados recibirán beneficios dentro de la red en las instalaciones de atención de urgencia de Blue Cross y / o Blue Shield (Blue Plan) en todo el país a través del Programa BlueCard® y en todo el mundo a través del Programa Blue Cross Blue Shield Global® Core. No hay ningún otro servicio cubierto en todo el mundo. Fuera de la red, es posible que le cobren la diferencia entre el importe facturado y el monto permitido. Llame al 1-800-810-BLUE (2583) para saber cómo acceder a estos servicios.

Preguntas frecuentes

¿Cómo se protege mi privacidad?	Regence se compromete a mantener la confidencialidad y seguridad de su información personal. Aplicamos medidas de protección físicas, administrativas y técnicas para evitar el acceso, uso o divulgación no autorizados de su información personal. Puede consultar nuestra política de privacidad completa en regence.com.
¿La “cobertura total” tiene algún costo?	No, si su beneficio está cubierto en su totalidad, no hay copago ni deducible hasta el límite del plan.
¿Qué sucede si necesito atención especializada? ¿Necesito una derivación?	Puede recibir atención de cualquier proveedor dentro de la red sin una derivación. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
¿Qué proceso clave de gestión de la utilización utiliza el plan?	La gestión de utilización es la forma en que revisamos el tipo y la cantidad de atención que recibe e incluye la revisión previa al servicio (autorización previa), la revisión concurrente (incluida la revisión concurrente urgente) y la revisión posterior al servicio. Puede encontrar más información en línea en www.regence.com/go/um.

Definiciones

Monto permitido: el precio más bajo que un proveedor de la red ha aceptado como pago completo por la atención brindada a usted.

Facturación de saldo: la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga.

Coseguro: su parte del costo por atención después de pagar cualquier deducible. Por lo general, es un porcentaje del costo total de la atención (por ejemplo 20 %).

Copago: un monto fijo en dólares que usted paga por la atención, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Por lo general, lo pagará cuando vaya a recibir atención.

Deducible: el monto que paga de su propio bolsillo cada año calendario antes de que su plan comience a pagar. Algunos servicios, como la atención preventiva, algunas veces están cubiertos al 100 % antes de que usted alcance el deducible.

Lista de medicamentos (también conocida como formulario): una lista de medicamentos recetados que su plan cubre. Incluye medicamentos de marca, genéricos y de especialidad.

Redes de Organización de Proveedores Exclusivos (EPO): las EPO cubren solo la atención dentro de la red. Esto significa que usted es responsable del 100 % de los costos de cualquier atención fuera de la red (excluyendo los servicios de emergencia). Para evitar facturas sorpresa, debe tener cuidado de atenderse siempre con un proveedor de la red.

Explicación de beneficios (EOB): un estado de cuenta que explica cuánto pagó Regence por un reclamo y cuánto le debe usted al proveedor por la atención.

Medicamentos genéricos: un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por contener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos.

Proveedor dentro de la red: un centro o profesional médico que tiene contrato con su plan. Por lo general, usted tiene costos de desembolso directo más bajos cuando utiliza proveedores dentro de la red.

Proveedor fuera de la red: un centro o profesional médico que no tiene contrato con nuestro plan. Por lo general, usted tiene costos de desembolso directo más altos cuando usa proveedores fuera de la red.

Definiciones

Máximo de desembolso directo: lo máximo que usted pagará por deducibles, coseguro y copagos por año calendario. Cuando haya alcanzado este máximo, Regence pagará el 100 % de su atención cubierta por el resto del año calendario.

Proveedor de atención primaria (PCP): un médico u otro profesional de la salud que usted ve como el primer punto de contacto para la atención médica y su socio en el manejo de su atención médica.

Especialista: un experto en un área particular de la medicina, por ejemplo, un dermatólogo, alergista o cardiólogo.

Telesalud: atención que recibe de un médico por teléfono o computadora para necesidades y dolencias de rutina.

En este resumen de beneficios, se presenta una breve descripción de los beneficios, las limitaciones y / o las exclusiones de su plan, sin que ello constituya una garantía de pago. Una vez inscrito, podrá consultar su póliza de sus beneficios en línea en regence.com. **CONSULTE EN SU PÓLIZA DE BENEFICIOS O DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN LA LISTA COMPLETA DE BENEFICIOS, LIMITACIONES Y / O EXCLUSIONES QUE SE APLICAN Y UNA DEFINICIÓN DE NECESIDAD MÉDICA**. Regence proporciona este resumen de beneficios únicamente con fines ilustrativos. Regence no da ninguna garantía ni declaración sobre el cumplimiento de las leyes federales, estatales o locales aplicables ni sobre la exactitud del resumen de beneficios.

Servicio al Cliente: 1-855-857-9959 - TTY: 711 | 200 SW Market Street 11th Floor, Portland, OR 97201 | regence.com

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Regence cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Regence no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable debido a raza, color de la piel, nacionalidad, edad, alguna discapacidad, ni sexo.

Regence:
Proporciona adaptaciones razonables, ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (impresión con letra grande, audio formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Regence no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera con base en la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

Servicio al cliente
Civil Rights Coordinator
PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Teléfono: 1-888-344-6347, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
Correo electrónico: CS@regence.com

Servicio al Cliente de Medicare
Teléfono: 1-800-541-8981 (TTY: 711)
Correo electrónico:
medicareappeals@regence.com

Servicio al Cliente de VSP
Teléfono: 1-844-299-3041, (TTY: 711)

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono llamando a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Asistencia lingüística

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíilnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)።

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi balloojima to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم TTY: 711)