

# Regence Standard Silver Plan Individual and Family Network

Effective January 1, 2023 through December 31, 2023



# Regence

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

Detalles del costo compartido		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico anual</b>	El deducible total que paga por año calendario	\$4.800 por persona \$9.600 por familia	Sin cobertura
<b>Deducible anual de medicamentos recetados</b>	El deducible total que paga por año calendario por medicamentos recetados	Compartido con el deducible médico	
<b>Máximo de desembolso directo anual</b>	El total combinado de su(s) deducible(s), coseguro y copagos por año calendario	\$9.100 por persona \$18.200 por familia	Sin cobertura
10 beneficios esenciales (salvo que se indique algo distinto, se aplica un deducible)		Lo que paga usted	
		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>1. Atención ambulatoria</b>	Visitas de atención primaria (por lesión o enfermedad)	\$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Visitas a especialistas	\$80 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Visitas de atención de urgencia	\$70 de copago por visita, exento de deducible	
<b>2. Atención de emergencia</b>	Atención de la sala de emergencias		30%
	Ambulancia		30%
<b>3. Hospitalización</b>	Atención hospitalaria - Pacientes hospitalizados	30%	Sin cobertura
	Suministros	30%	Sin cobertura
<b>4. Servicios de laboratorio y radiología</b>	Radiología y laboratorio - Pacientes hospitalizados	30%	Sin cobertura
	Radiología y laboratorio - Pacientes ambulatorios	30%	Sin cobertura
<b>5. Atención de maternidad y del recién nacido</b>	Atención de maternidad	30%	Sin cobertura
	Atención al recién nacido	30%	Sin cobertura
	Visitas domiciliarias para recién nacidos: dentro de los 6 meses de edad, al menos una visita durante los primeros 3 meses, con hasta 3 más disponibles	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>6. Servicios de salud mental/Trastorno por consumo de sustancias</b>	Salud mental/Trastorno por consumo de sustancias - Pacientes hospitalizados	30%	Sin cobertura
	Salud mental/Trastorno por consumo de sustancias - Pacientes ambulatorios	\$40 de copago por visita al consultorio/de psicoterapia para pacientes ambulatorios, exento de deducible	Sin cobertura
<b>7. Servicios de rehabilitación/habilitación/biorretroalimentación</b>	Servicios de habilitación - Pacientes hospitalizados (30 días por año calendario)	30%	Sin cobertura
	Servicios de habilitación - Pacientes ambulatorios (30 visitas por año calendario)	\$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
	Servicios de rehabilitación - Pacientes hospitalizados (30 días por año calendario)	30%	Sin cobertura
	Servicios de 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
<b>8. Servicios pediátricos (menores de 19 años)</b>	<b>Atención dental</b>		Sin cobertura
	<b>Atención de la vista:</b> Exámenes: 1 examen ocular de rutina completo por año calendario Lentes de contacto: disponibles una vez por año calendario en lugar de todos los demás beneficios de lentes/marcos Marcos: 1 marco por año calendario Lentes: 1 par de lentes estándar por año calendario; incluye protección contra arañazos y UV	\$0 de copago, exento de deducible Marcos - limitados a Otis & Piper Eyewear Collection	Sin cobertura

Busque los beneficios de su plan de la vista o proveedores de la vista VSP en [regence.com](http://regence.com) o llame al 1 (844) 299-3041

**9. Medicamentos recetados**

Genérico preferido (exento de deducible)	\$15 en receta en farmacia minorista* /\$45 en receta en farmacia de entrega en el hogar (pedidos por correo)
Genérico (exento de deducible)	25% en receta en farmacia minorista* / 25% en receta en farmacia de entrega en el hogar (pedidos por correo)
De marca preferido (exento de deducible)	\$60 en receta en farmacia minorista* /\$180 en receta en farmacia de entrega en el hogar (pedidos por correo)
De marca (exento de deducible)	50% en receta en farmacia minorista/50% en receta en farmacia de entrega en el hogar (pedidos por correo)
De especialidad preferido (exento de deducible)	40% receta en farmacia minorista participante
De especialidad (exento de deducible)	50% receta en farmacia minorista participante

\*1 copago por suministro de 30 días

**Límite de costo compartido para insulina:** farmacia minorista o de entrega en el hogar (pedidos por correo): \$80 de límite de costo compartido del miembro por suministro de 30 días, exento de deducible; \$240 de límite para el costo compartido del miembro hasta un suministro de 90 días, exento de deducible 30% por cada medicamento autoadministrado de quimioterapia contra el cáncer

Usted es responsable por la diferencia en el costo entre un medicamento de marca surtido y el medicamento genérico equivalente, además del copago y/o el coseguro. Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en <https://regence.com/go/2023/OR/6tier>

**10. Servicios preventivos**

Examen físico anual	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Vacunas	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Pruebas de detección preventivas	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura

**Otros servicios**

Beneficio por muerte accidental - sujeto a términos y condiciones	\$10.000 por adulto inscrito \$2.500 por niño inscrito	
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 - Almacenar y enviar (comunicaciones asincrónicas [no en tiempo real] como texto o fax, se aplican limitaciones)	\$40 de copago por visita, exento de deducible	Sin cobertura
Atención virtual - Telesalud (consultas médicas por teléfono o videochat cuando no está en un centro de atención médica [incluye visitas de salud mental], se aplican limitaciones)	\$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.** Para obtener información adicional sobre cualquiera de estos servicios de valor agregado, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

<b>Programa de Asistencia Individual (Individual Assistance Program, IAP)</b>	El IAP consiste en asesoramiento confidencial a corto plazo sin gastos de bolsillo. (4 visitas de consejería de salud mental por problema). Comuníquese con la línea directa de Consejería de Crisis directamente al 1 (866) 750-1327
<b>Manejo de la salud renal</b>	Si se le identifica para participar, el programa de Manejo de la salud renal aborda las necesidades de manejo médico de la enfermedad renal crónica (ERC) en las etapas 3, 4, 5 y desconocida, así como la enfermedad renal en etapa terminal (ERET).
<b>Aplicación móvil</b>	Acceso rápido a: Tarjeta de identificación, chat con Servicio al Cliente, Ver reclamos, Estimar el costo del tratamiento, Precios de farmacia
<b>Consejos de enfermería</b>	Tiene acceso a enfermeras registradas para responder sus preguntas o inquietudes relacionadas con la salud y para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre la búsqueda del nivel adecuado de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Sin embargo, si está experimentando una emergencia médica, llame inmediatamente al 911.
<b>Programa de Embarazo</b>	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, llame al 1 (888) JOY-BABY (569-2229)
<b>Regence Advantages</b>	Regence Advantages es un programa de descuentos que le brinda acceso a ahorros en una variedad de productos y servicios relacionados con la salud.

## Servicios de valor agregado

### Regence Empower

Regence Empower es un programa de bienestar que ofrece una gama de herramientas, información y apoyo para un estilo de vida saludable

## Redes disponibles

Hay varias redes de proveedores en su estado. Tenga en cuenta que estas redes no son intercambiables y admiten diferentes proveedores. **La red en la que está afiliado es la Red individual y familiar (Individual and Family Network)**. Para encontrar proveedores en su red, inicie sesión en su cuenta y utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores: <https://regence.com/go/OR/IFN>.

## Servicios fuera del área

Fuera del área de servicio, los miembros 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 miembros recibirán beneficios dentro de la red en las instalaciones de atención de urgencia de Blue Cross o Blue Shield (Blue Plan) en todo el país a través del Programa BlueCard® y en todo el mundo a través del Programa BlueCross BlueShield Global™ Core. Cualquier otro servicio no estará cubierto cuando se procese a través de cualquier acuerdo entre planes. Fuera de la red, es posible que se le facture el saldo. Llame al 1 (800) 810 BLUE (2583) para obtener información sobre cómo obtener acceso.

## Preguntas frecuentes

¿Cómo se protege mi privacidad?	Regence se compromete a mantener la confidencialidad y seguridad de su información personal. Tenemos medidas físicas, administrativas y técnicas para proteger su información personal contra el acceso, uso o divulgación no autorizados. Puede ver nuestras prácticas de privacidad completas en línea en <a href="https://regence.com/go/OR/IFN">https://regence.com/go/OR/IFN</a> .
¿Hay algún costo para "Cubierto en su totalidad"?	No, si su beneficio está cubierto en su totalidad, no hay copago ni deducible hasta el límite del plan.
¿Qué sucede si necesito atención de especialidad? ¿Necesito una derivación?	Puede recibir atención de cualquier proveedor de la red sin una derivación. Para algunos servicios, podría necesitar autorización previa.
¿Qué proceso clave de Gestión de utilización (Utilization Management, UM) 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 <a href="https://www.regence.com/go/UM">https://www.regence.com/go/UM</a> .

## 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 con receta. 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:** 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 debe usted al proveedor por la atención.

**Medicamentos genéricos:** Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, 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, 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, tiene costos de desembolso directo más altos cuando usa proveedores fuera de la red.

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

**Punto de servicio (POS):** Un tipo de seguro de salud de atención administrada que tiene las características de una EPO con cobertura fuera de la red reducida. Tiene una red centrada en el proveedor que reduce los costos de bolsillo y proporciona ahorros médicos, al tiempo que permite el acceso a proveedores fuera de la red, pero con costos de bolsillo más altos.

**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.

Este resumen de los beneficios proporciona una breve descripción de los beneficios de su plan, las limitaciones y/o exclusiones conforme a su plan y no es una garantía de pago. Una vez inscrito, podrá ver su póliza de sus beneficios en línea en [regence.com](https://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 solamente 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 (888) 675-6570 - TTY: 711 | 100 SW Market Street, Portland, OR 97201 | [regence.com](https://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 manera diferente debido a raza, color de la piel, nacionalidad, edad, alguna discapacidad, ni sexo.

### **Regence:**

**Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:**

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

**Proporciona servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:**

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas

Si necesita los servicios detallados anteriormente, comuníquese con:

**Servicio al cliente de Medicare**  
1-800-541-8981 (TTY: 711)

**Servicio al cliente para todos los demás planes**  
1-888-344-6347 (TTY: 711)

Si cree que Regence no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja ante nuestro coordinador de derechos civiles a continuación:

**Servicio al cliente de Medicare**  
Civil Rights Coordinator  
MS: B32AG, PO Box 1827  
Medford, OR 97501  
1-866-749-0355 (TTY: 711)  
Fax: 1-888-309-8784  
medicareappeals@regence.com

**Servicio al cliente para todos los demás planes**  
Civil Rights Coordinator  
MS CS B32B, P.O. Box 1271  
Portland, OR 97207-1271  
1-888-344-6347, (TTY: 711)  
CS@regence.com

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono llamando a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW,  
Room 509F HHH Building Washington,  
DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

## Asistencia de idiomas

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 nínizin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éi ná hóló, kojì' hódíílnih 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 ដោយមិនគិតល្អ្លល គឺអាចមានសរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਪਿਆਰ 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 ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል፤ 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 (टिटावाड: 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 ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

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

ໂປດຊາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

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

توجه: اگر بہ 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 فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)