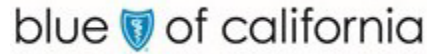


Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto paga por los servicios cubiertos


Reta Plan: Reta Trust

Opción de cobertura: 5071 Reta Trust HSA Compatible 3000 80/60

Periodo de cobertura: 07/01/2024 – 06/30/2025



Cobertura para: Individual + Familia | Tipo de plan: HDHP

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud y le informa cómo compartirán usted y el plan el coste de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: el coste del plan (denominado prima) se facilita por separado. Esto es solo un resumen.** Para más información, consulte el folleto de beneficios o llame al 1-888-772-1076. Para obtener definiciones de términos, como importe permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame al **1-866-444-3272** para pedir una copia.

Preguntas clave	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para <u>proveedores de la red</u> y <u>fuera de la red</u> \$3,000 /individual, \$3,000 por miembro de la familia o \$6,000 /familia	En general, debe abonar los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia afiliados al plan, cada uno debe abonar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Algunos <u>cuidados preventivos</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ej., este <u>plan</u> cubre determinados servicios preventivos sin gastos compartidos y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Tenga en cuenta que este plan no cubre todos los <u>servicios preventivos</u> indicados. Consulte el folleto de beneficios para más detalles.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para determinados servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de la red</u> y <u>proveedores fuera de la red</u> \$7,000 /individual o \$14,000 /familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de su familia afiliados a este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite total de gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Copagos</u> de ciertos servicios, <u>primas</u> , cargos por <u>facturación de saldos</u> y asistencia médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte www.blueshieldca.com/fad o llame al 1-888-772-1076 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a ellos y pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que este cobra y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Su <u>proveedor de la red</u> puede recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ej., análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita <u>derivación</u> para un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y **coseguros** de esta tabla son después de alcanzar su **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si acude al consultorio de un proveedor médico o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	Ninguno
	Visita a un <u>especialista</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/examen/vacunación</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> , pero no todos los cuidados preventivos están cubiertos	40% <u>de coseguro</u>	Tal vez tenga que pagar por servicios no <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> y verifique lo que pagará su <u>plan</u>
Si le hacen análisis	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<i>Laboratorio y patología:</i> 20% de <u>coseguro</u> <i>Radiografía e imagen:</i> 20% de <u>coseguro</u> <i>Otras pruebas diagnósticas:</i> 20% de <u>coseguro</u>	<i>Laboratorio y patología:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Radiografía e imagen:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Otras pruebas diagnósticas:</i> 40% de <u>coseguro</u>	Los servicios especificados se prestan en un local independiente. Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtener la <u>autorización previa</u> puede dar lugar a que no se paguen los beneficios.
	Diagnóstico por imagen (TAC/PET, RMN)	<i>Centro Radiológico Ambulatorio:</i> 20% de <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio:</i> 20% de <u>coseguro</u>	<i>Centro Radiológico Ambulatorio:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio:</i> 40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para su enfermedad o afección. Más información sobre la cobertura de <u>medicamentos recetados</u> en www.cvs.com/drug	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago/receta</u> para 30 días (minorista) \$20 <u>copago/receta</u> para 60 días (minorista) \$30 <u>copago/receta</u> para 61-90 días (minorista) \$20 <u>copago/receta</u> (pedido por correo) Se debe alcanzar el deducible del Plan	No cubierto	Reta Trust contrata a CVS Caremark para los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios. CVS Caremark autoriza los servicios, procesa las quejas y tramita los recursos y las reclamaciones de los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios en nombre de Reta Trust. Si recibe un servicio cubierto de CVS Caremark, contacte directamente con CVS Caremark al 1-800-844-0719.

Blue Shield of California es miembro independiente de Blue Shield Association.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan de beneficios.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca del formulario	\$20 <u>copago/receta</u> para 30 días (minorista) \$40 <u>copago/receta</u> para 60 días (minorista) \$60 <u>copago/receta</u> para 61-90 días (minorista) \$40 <u>copago/receta</u> (pedido por correo)	No cubierto	<p>Surtido para 90 días en la venta por correo de Caremark por sólo 2 veces el <u>copago</u> de un suministro minorista para 30 días. Regístrese en Caremark.com para comprobar la cobertura y los costes de sus medicamentos.</p> <p>Los medicamentos especiales se deben comprar en la Farmacia de Especialidad de CVS. Visite CVSSpecialty.com o llame a Atención al cliente de Especialidad al 1-800-237-2767.</p> <p>Límite de suministro de 30, 60 y 90 días para venta minorista. Límite de 90 días para venta por correo. Límite de suministro de 30 días para Especialidades.</p>
	Medicamentos de marca no incluidos en el formulario	\$40 <u>copago/receta</u> para 30 días (minorista) \$80 <u>copago/receta</u> para 60 días (minorista) \$120 <u>copago/receta</u> para 61-90 días (minorista) \$80 <u>copago/receta</u> (pedido por correo)	No cubierto	
	Medicamentos especiales	<i>Genérico:</i> \$20 <u>copago/receta</u> para suministro 30 días <i>De marca de formulario y no de formulario:</i> \$40 <u>copago/receta</u> suministro 30 días. Se debe alcanzar el suministro del Plan.	No cubierto	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio:</i> 20% <u>coseguro</u>	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> 40% <u>de coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio:</i> 40% <u>de coseguro</u>	Ninguno
	Tarifa del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	<i>Tarifa del centro:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Tarifa del doctor:</i> 20% <u>coseguro</u>	<i>Tarifa del centro:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Tarifa del doctor:</i> 20% <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	El beneficio es para el transporte autorizado o de emergencia.
	<u>Atención urgente</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si está hospitalizado	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtenerla puede dar lugar a que no se paguen los beneficios.
	Tarifa del doctor/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: 20% <u>coseguro</u> <i>Otros servicios ambulatorios:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Hospitalización parcial:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Pruebas psicológicas:</i> 20% <u>coseguro</u>	Visita al consultorio: 40% de <u>coseguro</u> <i>Otros servicios ambulatorios:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Hospitalización parcial:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Pruebas psicológicas:</i> 40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> excepto para la visita al consultorios y tratamiento de opiáceos en consultorio. No obtener la <u>autorización previa</u> puede dar lugar a que no se paguen los beneficios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	<i>Servicios médicos para pacientes hospitalizados:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Servicios hospitalarios:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Atención residencial:</i> 20% <u>coseguro</u>	<i>Servicios médicos para pacientes hospitalizados:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Servicios hospitalarios:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Atención residencial:</i> 40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtener la <u>autorización previa</u> puede dar lugar a que no se paguen los beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>costes compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> cubiertos. Según el tipo de servicio, puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otros apartados del SBC (por ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de atención al parto en el centro	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

Blue Shield of California es miembro independiente de Blue Shield Association.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Asistencia médica a domicilio</u>	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtenerla puede dar lugar a que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 120 visitas por miembro y año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Visita al consultorio: 20% <u>coseguro</u> Hospital ambulatorio: 20% <u>coseguro</u>	Visita al consultorio: 40% de <u>coseguro</u> Hospital ambulatorio: 40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Servicios de habilitación</u>	Visita al consultorio: 20% <u>coseguro</u> Hospital ambulatorio: 20% <u>coseguro</u>	Visita al consultorio: 40% de <u>coseguro</u> Hospital ambulatorio: 40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<i>Centro independiente de enfermería especializada:</i> 20% <u>coseguro</u> <i>Centro hospitalario de enfermería especializada:</i> 20% <u>coseguro</u>	<i>Centro independiente de enfermería especializada:</i> 40% de <u>coseguro</u> <i>Centro hospitalario de enfermería especializada:</i> 40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtenerla puede dar lugar a que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 120 visitas por miembro y año del plan.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> o no se pagarán los beneficios.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen ocular infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguno

Blue Shield of California es miembro independiente de Blue Shield Association.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (Consulte el folleto para más información y otros servicios excluidos.)

- Alteración o remodelación de estructuras o tejidos corporales (no cirugía reconstructiva)
- Aborto
- Inseminación artificial
- Servicios de concepción asistida
- Suicidio asistido y eutanasia
- Anticonceptivos
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Servicios experimentales o en investigación
- Cirugía ocular
- Servicios de reasignación de sexo
- Pruebas genéticas
- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados de larga duración
- Atención no urgente en viajes fuera de EE. UU.
- Servicios médicamente no necesarios
- Enfermería privada
- Asesoramiento religioso, de crecimiento personal o matrimonial
- Atención oftalmológica rutinaria (adultos y niños)
- Cuidados rutinarios de los pies
- Servicios de reasignación de sexo
- Esterilización
- Tercera generación de dependientes
- Tratamientos con tejidos de fetos abortados o células embrionarias
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (pueden estar sujetos a limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el folleto).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica

Sus derechos a continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. El contacto figura en el cuadro siguiente. También puede disponer de otras opciones de cobertura, como la compra de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar reclamaciones y recursos: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamación o recurso. Para más información, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa queja médica. Los documentos de su plan también proporcionan información para presentar una queja, un recurso o una reclamación a su plan. Para más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: los organismos del cuadro siguiente

Información de contacto sobre sus derechos a continuar la cobertura y sus derechos a presentar quejas y recursos:

Servicio de atención al cliente de Reta	1-877-303-7382
Servicio de atención al cliente de Blue Shield	1-888-772-1076
Administración del Dto. de Trabajo de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform

Blue Shield of California es miembro independiente de Blue Shield Association.

¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? Sí

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de Cobertura Mínima Esencial, es posible que no pueda optar al crédito fiscal para primas.

¿Cumple este plan las normas de valores mínimos? Sí

Si su plan no cumple las normas de valor mínimo, es posible que pueda optar por un crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-346-7198

Tagalog: Kung kailanganninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198

Chino Tradicional (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-346-7198

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-346-7198

Holandés de Pennsylvania (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-346-7198

Samoano (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-346-7198

Carolino (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye t 1-866-346-7198

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-866-346-7198

Sus beneficios de salud serán autoasegurados por el patrocinador de su Plan. Blue Shield of California prestará determinados servicios administrativos al Plan y no será asegurador del mismo ni responsable financiero de los beneficios médicos del Plan.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costes de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costes. Los tratamientos mostrados son sólo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán distintos según la atención que reciba, los precios que le cobren sus proveedores y otros factores. Fíjese en los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva para el asegurado.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal en la red y parto en hospital)

- Deducible general del plan \$3,000
- Copago por especialista 20%
- Copago hospitalario (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios del centro de parto
Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesista)

Coste total del ejemplo \$12,687

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,101
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$61
El total que pagaría Peg es	\$4,172

Control de diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina en la red de una condición bien controlada)

- Deducible general del plan \$3,000
- Copago por especialista 20%
- Copago hospitalario (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del doctor de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Coste total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$80
<u>Coseguro</u>	\$158
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$22
El total que pagaría Joe es	\$3,260

Fractura simple de Mía
(visita a sala de emergencia de la red y atención de seguimiento)

- Deducible general del plan \$3,000
- Copago por especialista 20%
- Copago hospitalario (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencia (*incluidos los suministros*)
Pruebas diagnósticas (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Coste total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,795
<u>Copagos</u>	\$5
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$2,800

El plan se hace cargo de los demás costes de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.