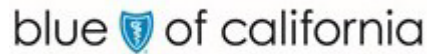


Resumen de prestaciones y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto paga por los servicios cubiertos

Reta Trust

Opción de cobertura: 5104 Reta Plan PPO 250 80/60

Periodo de cobertura: 07/01/2025–06/30/2026



Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: PPO

 El documento Resumen de prestaciones y cobertura PPO (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud y le informa cómo compartirán usted y el plan el coste de los servicios sanitarios cubiertos. **NOTA:** la información sobre el coste de este plan (denominada prima) se facilitará aparte. Esto es solo un resumen. Encontrará más información en el Folleto de Beneficios de esta cobertura o llamando al **1-888-772-1076**. En el Glosario encontrará definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Puede consultar el Glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame al **1-866-444-3272** para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	El de los <u>proveedores de la red</u> y <u>fuera de la red</u> \$250 /individual o \$500 /familiar	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcancen el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Algunos <u>cuidados preventivos</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos cuidados preventivos sin gastos compartidos y antes de que alcance el deducible. Para más información, consulte el Folleto de prestaciones. La lista completa de servicios de cuidados preventivos se encuentra en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ , pero no todos los servicios de cuidados preventivos enumerados están cubiertos por este plan.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para determinados servicios.
¿Cuál es el <u>límite de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	El de los <u>proveedores de la red</u> es de \$1000 /individual o \$2000 /familiar; el de los <u>proveedores fuera de la red</u> , \$2000 /individual o \$4000 familiar.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , estos tienen que cumplir sus propios <u>límites de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de bolsillo</u> ?	Este <u>plan</u> no cubre <u>copagos</u> de ciertos servicios, primas, cargos por <u>facturación de saldos</u> y atención de la salud.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a 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> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> del <u>plan</u> . 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 cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin <u>derivación</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla quedan después de alcanzar su **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita la consulta o clínica de un proveedor de cuidados médicos	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25/visita; no aplica <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno Es posible que tenga que pagar por servicios que no son de atención preventiva. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son de atención preventiva y verifique qué pagará el plan porque no paga todos los servicios de atención preventiva.
	Visita a <u>especialista</u>	\$40/visita; no aplica <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/análisis/vacunación</u>	Sin cargo; no aplica <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	
Si le hacen un estudio	<u>Estudio diagnóstico</u> (rayos X, análisis de sangre)	<i>Lab. y patología: 20% <u>coseguro</u> Rayos X e imágenes: 20% <u>coseguro</u> Otros exámenes de diagnóstico: 20% <u>coseguro</u></i>	<i>Lab. y patología: 40% <u>coseguro</u> Rayos X e imágenes: 40% <u>coseguro</u> Otros exámenes de diagnóstico: 40% <u>coseguro</u></i>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene, puede haber prestaciones que no se paguen.
	Imágenes (TC/ PET, IRM)	<i>Centro de radiología ambulatorio: sin cargo Hospital ambulatorio: 20% <u>coseguro</u></i>	<i>Centro de radiología ambulatorio: 40% <u>coseguro</u> Hospital ambulatorio: 40% <u>coseguro</u></i>	
Si necesita medicamentos para una enfermedad o afección. Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago</u> /receta provisión 30 días (por menor) \$20 <u>copago</u> /receta provisión 60 días (por menor) \$30 <u>copago</u> /receta provisión 61-90 días (por menor) \$20 <u>copago</u> /receta (pedido por correo)	No cubierto	Puede utilizar el servicio de pedido por correo de Caremark para surtir su receta durante 90 días al coste de solo 2 veces el copago que se aplicaría a un suministro minorista para 30 días. Límite de suministro de 30, 60 y 90 días para venta al por menor. Límite de suministro de 90 días para pedido por correo.



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla quedan después de alcanzar su **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita medicamentos para una enfermedad o afección. Inicie sesión en www.caremark.com para verificar la cobertura y costos de medicamentos específicos o llame al 1-800- 844-0719	Medicamentos de marca del formulario	\$20 <u>copago</u> /receta provisión 30 días (por menor) \$40 <u>copago</u> /receta provisión 60 días (por menor) \$60 <u>copago</u> /receta provisión 61-90 días (por menor) \$40 <u>copago</u> /receta (pedido por correo)	No cubierto	Surtir medicamentos de especialidad en la Farmacia de Especialidad CVS. Visite CVSSpecialty.com o llame a Atención al cliente de Especialidad al 1-800-237-2767. Límite de provisión de 30 días para medicamentos de especialidad.
	Medicamentos de marca que no son del formulario	\$40 <u>copago</u> /receta provisión 30 días (por menor) \$80 <u>copago</u> /receta provisión 60 días (por menor) \$120 <u>copago</u> /receta provisión 61-90 días (por menor) \$80 <u>copago</u> /receta (pedido por correo)	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	\$30 <u>copago</u> /receta	No cubierto	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<i>Centro de cirugía ambulatoria:</i> sin cargo <i>Hospital ambulatorio:</i> 20% <u>coseguro</u>	<i>Centro de cirugía ambulatoria:</i> 40% <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio:</i> 40% <u>coseguro</u>	Ninguno
	Tarifas del doctor/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencia</u>	<i>Tarifa del centro:</i> \$200/visita+20% <u>coseguro</u> ; no aplica <u>deducible</u> <i>Tarifa del doctor:</i> 20% <u>coseguro</u> ; no aplica <u>deducible</u>	<i>Tarifa del centro:</i> \$200/visita+20% <u>coseguro</u> ; no aplica <u>deducible</u> <i>Tarifa del doctor:</i> 20% <u>coseguro</u> ; no aplica <u>deducible</u>	Ninguno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	La prestación es para transporte de emergencias o autorizado.
	<u>Atención urgente</u>	\$50/visita; no aplica <u>deducible</u>	\$50/visita; no aplica <u>deducible</u>	Ninguno

* **Más información sobre limitaciones y excepciones en el Folleto de prestaciones.**

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



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla quedan después de alcanzar su **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si tiene una internación hospitalaria	Tarifa del centro (p. ej. habitación en el hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene, puede haber prestaciones que no se paguen.
	Tarifa del doctor/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita a la consulta: \$25/visita; no aplica <u>deducible</u> Otros servicios de paciente ambulatorio: 20% <u>coseguro</u> Hospitalización parcial: 20% <u>coseguro</u> Prueba psicológica: 20% <u>coseguro</u>	Visita a la consulta: 40% <u>coseguro</u> Otros servicios de paciente ambulatorio: 40% <u>coseguro</u> Hospitalización parcial: 40% <u>coseguro</u> Prueba psicológica: 40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> excepto para visitas a la consulta y tratamiento de opioide en la consulta. No obtener <u>autorización previa</u> puede resultar en que no se paguen las prestaciones.
	Servicios de internación	<i>Servicios médicos para paciente internado: 20% <u>coseguro</u></i> <i>Servicios hospitalarios: 20% <u>coseguro</u></i> <i>Atención residencial: 20% <u>coseguro</u></i>	<i>Servicios médicos para paciente internado: 40% <u>coseguro</u></i> <i>Servicios hospitalarios: 40% <u>coseguro</u></i> <i>Atención residencial: 40% <u>coseguro</u></i>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede resultar en que no se paguen las prestaciones.
Si está embarazada	Visitas a la consulta	Sin cargo	40% <u>coseguro</u>	El cuidado de maternidad incluye estudios y servicios descritos en otras partes de este documento (p. ej. ultrasonido).
	Servicios profesionales para el parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro de parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla quedan después de alcanzar su **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita ayuda con la recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención de salud en el hogar</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene, puede haber prestaciones que no se paguen. Cobertura limitada a 120 visitas por miembro por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Visita a la consulta: \$40/visita; no aplica <u>deducible</u> <i>Hospital ambulatorio: 20% coseguro</i>	Visita a la consulta: 40% <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio: 40% coseguro</i>	Ninguno
	<u>Servicios de habilitación</u>	Visita a la consulta: \$40/visita; no aplica <u>deducible</u> <i>Hospital ambulatorio: 20% coseguro</i>	Visita a la consulta: 40% <u>coseguro</u> <i>Hospital ambulatorio: 40% coseguro</i>	Ninguno
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<i>Centro independiente de enfermería especializada: 20% coseguro</i> <i>Centro de enfermería especializada en un hospital: 20% coseguro</i>	<i>Centro independiente de enfermería especializada: 40% coseguro</i> <i>Centro de enfermería especializada en un hospital: 40% coseguro</i>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede resultar en que no se paguen las prestaciones. Cobertura limitada a 120 días por miembro por Año del Plan.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede resultar en que no se paguen las prestaciones.
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> excepto consulta para hospicio. No obtener <u>autorización previa</u> puede resultar en que no se paguen las prestaciones.
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Examen ocular de niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Control dental de niños	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, por lo general, NO cubre su plan (Consulte el folleto de prestaciones para más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
• Alteración/remodelación de estructuras o tejidos físicos (distinta de la cirugía reconstructiva) • Aborto • Inseminación artificial • Servicios de concepción asistida • Eutanasia y suicidio asistidos • Anticonceptivos • Cirugía estética • Atención dental (adultos y niños) • Servicios experimentales o en investigación	• Cirugía ocular • Servicios de reasignación de género • Pruebas genéticas • Audífonos • Tratamiento de la infertilidad • Cuidados a largo plazo • Atención no de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. • Servicios no médicamente necesarios • Enfermería privada	• Asesoramiento religioso, de crecimiento personal o matrimonial • Atención ocular de rutina (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 • Fármacos utilizados o recetados para adelgazar o controlar el peso • Programas para perder peso
Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el Folleto de prestaciones.)		
• Acupuntura	• Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica

Sus derechos a continuar la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias 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 sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Derechos de reclamación y recurso: Hay organismos 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 sobre sus derechos, consulte la explicación de prestaciones que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Si desea más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: los organismos que figuran en el 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 de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform

* **Más información sobre limitaciones y excepciones en el Folleto de prestaciones.**

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

Pág. 6 de 8

¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? Sí

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

¿Cumple este plan los Estándares de Valores Mínimos? Sí

Si su plan no cumple los Estándares de Valor Mínimo, es posible que pueda optar a un crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso de idiomas:

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

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

Traditional Chinese (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

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

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

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

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

Sus prestaciones sanitarias estarán autoaseguradas por el promotor de su Plan. Blue Shield of California prestará determinados servicios administrativos al Plan y no será asegurador del mismo ni responsable financiero de las prestaciones sanitarias del Plan.

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos para una situación médica de ejemplo, vea la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costes. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán distintos en función de la atención real que reciba, de los precios que le cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Fíjese en los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Con estos datos, compare los costes que pagaría con distintos planes. 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 con proveedor participante y parto en un hospital)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria con proveedor participante de una condición bien controlada)

Fractura simple de Mía

(visita a sala de emergencias participante y atención de seguimiento dentro de la red)

El deducible general del <u>plan</u>	\$250
Copago del especialista	\$40
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a la consulta del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios del centro de parto
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Coste total del ejemplo	\$12,687
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	\$250
Copagos	\$10
Coseguro	\$740
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$61
El total que pagaría Peg es	\$1061

El deducible general del <u>plan</u>	\$250
Copago del especialista	\$40
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visita a la consulta del doctor de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
Equipos médicos duraderos (*medidores de glucosa*)

Coste total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	\$250
Copagos	\$455
Coseguro	\$133
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$22
El total que pagaría Joe es	\$860

El deducible general del <u>plan</u>	\$250
Copago del especialista	\$40
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)
Prueba diagnóstica (*rayos X*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Coste total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mía pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	\$250
Copagos	\$405
Coseguro	\$345
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$00
El total que pagaría Mía es	\$1000

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

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