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

blue of california

Período de cobertura: a partir del 7/1/2021

5137 Reta Trust EPO 500 90

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

El Resumen de beneficios y cobertura (RBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El RBC le muestra cómo compartirán los gastos de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: se proporcionará de forma separada información sobre el costo de este plan (llamada prima). El presente es solo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite bsca.com/policies o llame al **1-888-772-1076**. Si necesita la definición general de términos comunes como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados consulte el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llame al **1-866-444-3272** para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	**$500** por persona/**$1,000** por miembro de familia para proveedores participantes y no participantes.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe satisfacer su propio deducible hasta que el importe total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios que figuran en sus términos completos de cobertura.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado el deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ej., este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar el deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gasto de bolsillo de este plan?	**$2,500** individual / **$5,000** por familia para proveedores participantes.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Copagos por ciertos servicios, primas, cargos por facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Consulte blueshieldca.com/fad o llame al **1-888-772-1076** si desea una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para un especialista?	No.	Puede consultar con un especialista que elija sin una derivación.

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Todos los **copagos** y costos de **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado el **deductible**, si es que se aplica un **deducible**.

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en** bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf**.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si visita la oficina o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$25/visita; no aplica el deducible	No cubierto	----------Ninguno----------
	Visita a especialista	$25/visita; no aplica el deducible	No cubierto	
	Atención preventiva/chequeo /vacunación	Sin cargo; no aplica el deducible	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si se hace un estudio	Estudio diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	*Lab. y pat.*: 10% de coseguro *Rayos X e imágenes*: 10% de coseguro *Otros exámenes de diagnóstico*: 10% de coseguro	*Lab. y pat.*: no cubierto *Rayos X e imágenes*: no cubierto *Otros exámenes de diagnóstico*: no cubierto	Los servicios enumerados se prestan en un local independiente.
	Imágenes (TAC/PET, RMN)	*Centro de Radiología Ambulatoria*: 10% de coseguro *Hospitalización ambulatoria*: 10% de coseguro	*Centro de Radiología Ambulatoria*: no cubierto *Hospitalización ambulatoria*: no cubierto	Se requiere autorización previa. No obtenerla puede resultar en que no se paguen los beneficios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	*Minorista*: $10/receta *Por correo*: $20/receta	*Minorista*: no cubierto *Por correo*: no cubierto	Reta Trust contrata a CVS Caremark para administrar los Beneficios de medicamentos recetados de pacientes externos. CVS Caremark autoriza los servicios, procesa los reclamos y se ocupa de las quejas y reclamaciones en nombre de Reta Trust. Si recibe un Servicio Cubierto de CVS Caremark, debe comunicarse directamente con CVS Caremark al 1-800-844-0719.
	Medicamentos de marca del formulario	*Minorista*: $20/receta *Por correo*: $40/receta	*Minorista*: no cubierto *Por correo*: no cubierto	

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
	Medicamentos de marca que no son del formulario	*Minorista*: $40/receta *Por correo*: $80/receta	*Minorista*: no cubierto *Por correo*: no cubierto	Súrtase para 90 días con pedido por correo de Caremark por solo 2 veces el copago. Regístrese en Caremark.com para verificar su cobertura específica de medicamentos y los costos. Los medicamentos anticonceptivos no están cubiertos. Los medicamentos de especialidad deben surtirse en CVS Specialty Pharmacy. Visite CVSSpecialty.com o llame a Atención al Cliente de Especialidades al 1-800-237-2767. Límite de suministro de 30, 60 y 90 días para la venta al por menor. Límite de suministro de 90 días para la venta por correo. Límite de suministro de 30 días para la especialidad.
	Medicamentos de especialidad	$30/receta	*Minorista*: no cubierto *Por correo*: no cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	*Centro cirugía ambulatoria*: 10% de coseguro *Hospitalización ambulatoria*: 10% de coseguro	*Centro cirugía ambulatoria*: no cubierto *Hospitalización ambulatoria*: no cubierto	----------Ninguno----------
	Honorario médico/cirujano	10% de coseguro	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencia	*Tarifa del centro*: $200/visita+ 10% de coseguro; no se aplica el deducible *Honorarios médicos*: 10% de coseguro; no se aplica el deducible	*Tarifa del centro*: no cubierto *Honorarios médicos*: no cubierto	----------Ninguno----------
	Transporte médico de urgencia	10% de coseguro	No cubierto	Este pago es para el transporte de emergencia o autorizado.
	Atención urgente	$50/visita; no se aplica deduc.	No cubierto	----------Ninguno----------

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si tiene una estancia en el hospital	Tarifa del centro (por ej., habitación de hospital)	10% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	No cubierto	----------Ninguno----------
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	*En oficina:* $25/visita; no se aplica deducible *Otros servicios ambulatorios*: 10% de coseguro *Hospitalización parcial*: 10% de coseguro *Pruebas psicológicas*: 10% de coseguro	*En oficina*: no cubierto *Otros servicios ambulatorios*: no cubierto *Hospitalización parcial*: no cubierto *Pruebas psicológicas*: no cubierto	Se requiere autorización previa excepto para visitas en oficina. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios.
	Servicios de hospitalización	*Servicios médicos en hospitalización*: 10% de coseguro *Servicios de hospitalización*: 10% de coseguro *Atención residencial*: 10% de coseguro	*Servicios médicos en hospitalización:* no cubierto *Servicios de hospitalización:* no cubierto *Atención residencial:* no cubierto	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios.
Si está embarazada	Visitas a la oficina	Sin cargo; no se aplica el deducible	No cubierto	----------Ninguno----------
	Servicios profesionales de parto	10% de coseguro	No cubierto	
	Servicios del centro de parto	10% de coseguro	No cubierto	

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Límites, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	10% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 120 visitas por miembro y año natural.
	Servicios de rehabilitación	*En oficina*: $25/visita; no se aplica deducible *Hospitalización ambulatoria*: 10% de coseguro	*En oficina:* no cubierto *Hospitalización ambulatoria*: no cubierto	----------Ninguno----------
	Servicios de habilitación	*En oficina*: $25/visita; no se aplica deducible *Hospitalización ambulatoria*: 10% de coseguro	*En oficina*: no cubierto *Hospitalización ambulatoria*: no cubierto	
	Atención de enfermería especializada (AEE)	*AEE independiente*: 10% de coseguro *AEE en hospital*: 10% de coseguro	*AEE independiente*: no cubierto *AEE en hospital*: no cubierto	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 120 días por miembro y por período de beneficios.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios.
	Servicios de hospicio	10% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa excepto para consulta previa al hospicio. Si no se obtiene puede que no se paguen los beneficios.
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Examen ocular para niños	No cubierto	No cubierto	----------Ninguno----------
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Revisión dental para niños	No cubierto	No cubierto	

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte la política o el documento del plan para más información y una lista de otros servicios excluidos.)			
• Aborto • Cirugía estética • Atención dental (Adulto)	• Audífonos • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo	• Atención no urgente cuando viaja fuera de EE.UU. • Enfermería privada • Atención ocular de rutina (Adulto)	• Cuidado rutinario de los pies, a menos que se le haya diagnosticado diabetes • Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
• Acupuntura	• Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica

Sus derechos para continuar la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, en el teléfono 1-877-267-2323 x61565 o cciio.cms.gov. 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 HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: Hay organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Shield en el 1-888-772-1076 o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo en **1-866-444-EBSA (3272)** o dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? Sí

La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado o de otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para prima.

¿Cumple este plan las normas de valor mínimo? Sí

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

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

Servicios de acceso a idiomas:

English: For assistance in English at no cost, call 1-866-346-7198.

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

Tagalog (Tagalog): Kung kailanganninyo ang libreng tulongsa Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198.

Chinese (中文): 如果需要中文的免费帮助，请拨打这个号码1-866-346-7198.

Navajo (Dine): Diné k'ehjí doo bąąh ílínígó shíka' at'oowoł nínízingo, kwijį' hodíílnih 1-866-346-7198.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để được hỗ trợ miễn phí tiếng Việt, vui lòng gọi đến số 1-866-346-7198.

Korean (한국어): 한국어도움이필요하시면, 1-866-346-7198 무료전화 로전화하십시오.

Armenian (Հայերեն): Հայերեն լեզվով անվճար օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել 1-866-346-7198.

Russian (Русский): если нужна бесплатная помощь на русском языке, то позвоните 1-866-346-7198.

Japanese (日本語): 日本語支援が必要な場合1-866-346-7198に電話をかけてください。無料で提供します。

Persian (فارسی): برای دریافت کمک رایگان زبان فارسی،لطفاً با شماره تلفن 1-866-346-7198 تماس بگیرید.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰੋ।

Khmer (ភាសាខ្មែរ)៖ សូមជំនួយភាសាអង់គ្លេសដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទាក់ទងមកលេខ 1-866-346-7198។

Arabic (العربية): للحصول على المساعدة في اللغة العربية مجانا، تفضل باتصال على هذا الرقم: 1-866-346-7198.

Hmong (Hnoob): Xav tau kev pab dawb lub Hmoob, thov hu rau 1-866-346-7198.

Hindi (हिन्दी): हिन्दी में बिना खर्च के सहायता के लिए, 1-866-346-7198 पर कॉल करें।

Thai (ไทย): สำหรับความช่วยเหลือเป็นภาษาไทยโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโปรดโทร 1-866-346-7198

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ1-866-346-7198.

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

Declaración de divulgación de la PRA

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administración de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 0,08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

*** Si desea más información sobre límites y excepciones, consulte el documento del plan o la política en** bsca.com/policies/M0026122_EOC.pdf**.**

Blue Shield of California es un miembro independiente de la Asociación de Blue Shield.

About these Coverage Examples:

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

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal participante y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago del especialista** **$25**
- **Coseguro del hospital (centro)** **10%**
- **Otro coseguro** **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas de especialistas (*atención prenatal*)
Servicios profesionales de maternidad/parto
Servicios del centro de maternidad/parto
Pruebas diagnóstico (*ecografía/análisis de* sangre)
Visita de especialistas (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	$500
Copagos	$0
Coseguro	$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$70
El total que pagaría Peg es de	**$1,770**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención rutinaria participante de una enfermedad controlada)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago del especialista** **$25**
- **Coseguro del hospital (centro)** **10%**
- **Otro coseguro** **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas a oficina del médico de atención primaria *(incluyendo la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$7,460**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	$500
Copagos	$100
Coseguro	$110
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$55
El total que pagaría Joe es de	**$765**

Fractura simple de Mía
(visita a la sala de urgencias participante y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago del especialista** **$25**
- **Coseguro del hospital (centro)** **10%**
- **Otro coseguro** **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de urgencias *(incluido el material médico)*
Pruebas de diagnóstico *(rayos X)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	$500
Copagos	$100
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$10
El total que pagaría Mía es de	**$810**

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

Blue Shield of California es miembro independiente de la Asociación Blue Shield.