

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

Período de cobertura: 1/1/2024– 31/12/2024

Sutter Health Plus: Summit ML81 HMO

Cobertura para: Grupo grande | Tipo de plan: HMO

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo se repartirán los costos de los servicios de salud cubiertos entre usted y el plan. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se le brindará por separado. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame a Sutter Health Plus al 1-855-315-5800 o visite [sutterhealthplus.org](http://sutterhealthplus.org). Para obtener definiciones de los términos comunes como cantidad aprobada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, diríjase al Glosario de términos médicos y cobertura de salud. Puede acceder al glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-315-5800 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0 individual/ \$0 individual del miembro de la familia /\$0 familiar por año calendario.	Vea el cuadro "Problemas médicos comunes" abajo para conocer los costos que usted deberá pagar por los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de llegar al <u>deducible</u> ?	Sí. No hay <u>deducible</u> para los servicios cubiertos.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para los servicios y artículos cubiertos. Pero podría tener que pagar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin pago de <u>costo compartido</u> . Acceda a la lista completa de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos del bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$1,500 individual/ \$1,500 individual del miembro de la familia /\$3,000 familiar por año calendario.	El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es el monto máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si el <u>plan</u> incluye a otros miembros de la familia, ellos deberán alcanzar su propio <u>límite de gastos del bolsillo</u> hasta llegar al <u>límite de gastos del bolsillo</u> familiar.
¿Qué gastos no se cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que este <u>plan</u> no cubra y los <u>costos compartidos</u> que correspondan a la mayoría de los beneficios opcionales, si su empleador los incluyó en el plan colectivo.	Si bien usted paga por estos gastos, los mismos no se contabilizan para llegar al <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> visite <a href="http://www.sutterhealthplus.org/provider-search">www.sutterhealthplus.org/provider-search</a> o llame al 1-855-315-5800.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor externo a la red</u> , y podría recibir una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ).Tenga en cuenta que un <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor externo a la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio).Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesito una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos del <u>especialista</u> para los servicios cubiertos, pero solo si usted obtuvo una <u>remisión</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

Problema médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de cuidados de la salud	Visita a un <u>médico de atención primaria</u> (PCP, por sus siglas en inglés) para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio de un PCP: Copago de \$20 por visita Visita a una clínica de atención sin cita previa de Sutter (Sutter Walk-in Care): Copago de \$10 por visita Visita de telesalud: Copago de \$10 por visita	No cubierto	Incluye visitas a otros profesionales de la salud.*Para obtener una lista de los “Otros profesionales de la salud” diríjase a la sección “Definiciones” del documento EOC.
	Visita a un <u>especialista</u>	Visita al consultorio de un <u>especialista</u> : Copago de \$20 por visita Visita de telesalud: Copago de \$10 por visita	No cubierto	Necesitará una autorización previa para la <u>remisión</u> a algunos <u>especialistas</u> . Si no recibe la autorización, podría tener que pagar todos los costos.
	<u>Cuidados preventivos / detección / inmunización</u>	Sin costo	No cubierto	Usted podría tener que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique cuánto pagará su <u>plan</u> .
Si se realiza una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: Copago de \$20 por visita Radiografías: Sin costo	No cubierto	Algunos servicios de diagnóstico requieren autorización previa. Si no recibe la autorización, podría tener que pagar todos los costos.
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	No cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Para obtener información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> ,	Nivel 1 (La mayoría de los medicamentos genéricos y las marcas comerciales preferidas de bajo costo)	Farmacia minorista: Copago de \$10 por receta Envío por correo: Copago de \$20 por receta	No cubierto	Farmacia minorista: Cubre un suministro para hasta 30 días a través de una farmacia de la red nacional CVS Health® y un suministro para hasta 100 días de los medicamentos que toma regularmente por un valor de dos veces el copago para farmacias minoristas, a través de una farmacia minorista de CVS que participe en la red Retail-90.

\*Para más información sobre limitaciones y excepciones, diríjase al documento Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan en [www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits](http://www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits) o llame al 1-855-315-5800.

Problema médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
incluido el vademécum de Sutter Health Plus (SHP), diríjase a <a href="http://www.sutterhealthplus.org/pharmacy">www.sutterhealthplus.org/pharmacy</a> o llame a CVS Caremark® al 1-844-740-0635.	Nivel 2 (Medicamentos de marcas comerciales preferidas y medicamentos genéricos no preferidos)	Farmacia minorista: Copago de \$30 por receta Envío por correo: Copago de \$60 por receta	No cubierto	Envío por correo/servicio de entrega a domicilio: Cubre un suministro para hasta 100 días de los medicamentos que toma regularmente por un valor de dos veces el <u>copago</u> que pagaría en una farmacia minorista, a través del Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark®. Farmacia especializada: Cubre un suministro para hasta 30 días de <u>medicamentos especializados</u> a través de CVS Specialty®. Los <u>medicamentos especializados</u> no son exclusivamente del Nivel 4 e, independientemente de en qué nivel se encuentren, para dispensarlos se debe cumplir con los mismos requisitos. *Diríjase al <u>vademécum</u> de SHP o a la sección “ <u>Medicamentos recetados</u> , suministros, equipos y suplementos para pacientes ambulatorios” del documento EOC para obtener información sobre las políticas de SHP en cuanto a requisitos como autorización previa, terapia progresiva o limitaciones y excepciones de la cobertura.
	Nivel 3 (medicamentos de marcas comerciales no preferidas)	Farmacia minorista: Copago de \$60 por receta Envío por correo: Copago de \$120 por receta	No cubierto	
	Nivel 4 ( <u>Medicamentos especializados</u> )	Farmacia especializada: <u>Coseguro</u> del 20% hasta \$250 por receta	No cubierto	
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$100 por visita	No cubierto	Requiere autorización previa. Si no recibe la autorización, podría tener que pagar todos los costos.
	Honorarios del médico / cirujano	Copago de \$20 por visita	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	Tarifa del centro: Copago de \$100 por visita Honorarios profesionales: Sin costo		Si es ingresado en el hospital, no se aplicará el <u>costo compartido</u> de <u>Atención en sala de emergencias</u> . Para conocer el <u>costo compartido</u> correspondiente a la estadía en el hospital, consulte la información que figura más abajo.

\*Para más información sobre limitaciones y excepciones, diríjase al documento Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan en [www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits](http://www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits) o llame al 1-855-315-5800.

	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Copago de \$50 por viaje		No cubre el transporte en coche, taxi, autobús, furgoneta con camilla o silla de ruedas, ni ningún otro tipo de transporte (que no sea una ambulancia habilitada o una furgoneta de transporte psiquiátrico).
	<u>Atención de urgencia</u>	Copago de \$20 por visita		Para obtener información adicional, remítase a la sección "Sus beneficios" del documento EOC.
Problema médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si debe permanecer internado en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Copago de \$250 por admisión	No cubierto	Requiere autorización previa. Si no recibe la autorización, podría tener que pagar todos los costos.
	Honorarios del médico / cirujano	Sin costo	No cubierto	
Si necesita servicios para problemas de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias Para obtener información, llame al Plan de Salud Conductual de los Estados Unidos, California (USBHPC, por sus siglas en inglés) al 1-855-202-0984 o visite <a href="http://www.liveandworkwell.com">www.liveandworkwell.com</a> (código de acceso: "Sutter").	Servicios ambulatorios	Visita individual al consultorio: Copago de \$20 por visita Visita grupal al consultorio: Copago de \$10 por visita Visita de telesalud: Copago de \$10 por visita Otros servicios ambulatorios: Copago de \$100 por visita	No cubierto	Puede ir directamente (sin necesidad de remisión) a un <u>proveedor</u> del USBHPC para una visita al consultorio.  Para recibir "Otros servicios ambulatorios" y todos los "Servicios durante la internación" del USBHPC se necesita autorización previa. Si no obtiene la autorización, usted podría tener que pagar por los servicios o suministros.
	Servicios durante la internación	Tarifa del centro: Copago de \$250 por admisión Honorarios profesionales: Sin costo	No cubierto	

Si está embarazada	Visitas al consultorio	Cuidados prenatales y posnatales (Visita en persona o de telesalud): Sin costo	No cubierto	Los cuidados prenatales y posnatales incluyen todas las visitas prenatales al consultorio y la primera visita posnatal. Para saber cuál sería el <u>costo compartido</u> de las visitas posnatales posteriores, consulte la sección “Visitas al PCP”.  Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y servicios que se describen en algún otro lugar del documento SBC (p. ej. “ <u>Pruebas de diagnóstico</u> ” como ultrasonidos y análisis de sangre).
	Servicios profesionales para el parto	Sin costo	No cubierto	Ninguna
	Servicios del centro durante el parto	Copago de \$250 por admisión	No cubierto	
	<u>Cuidados de salud en el hogar</u>	Sin costo	No cubierto	Requiere autorización previa. Si no recibe la autorización, podría tener que pagar todos los costos.
Problema médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si necesita apoyo para su recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Copago de \$20 por visita	No cubierto	Los siguientes servicios tienen cantidad limitada: <u>Cuidados de salud en el hogar</u> – 100 visitas por año calendario <u>Cuidados de enfermería especializados</u> – 100 días por período de beneficios.*Para obtener información adicional, diríjase a la sección “Cuidados en un centro de enfermería especializada” en el documento EOC. <u>Servicios de hospicio</u> – Los servicios de relevo son cuidados ocasionales a corto plazo para pacientes internados limitados a no más de cinco días consecutivos cada vez.
	<u>Servicios de desarrollo y mejora de habilidades</u>	Copago de \$20 por visita	No cubierto	
	<u>Cuidados de enfermería especializados</u>	Copago de \$200 por admisión	No cubierto	
	Equipo médico duradero	<u>Coseguro</u> del 20%	No cubierto	
	<u>Cuidados de hospicio</u>	Sin costo	No cubierto	
Si su hijo necesita atención odontológica o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	Reembolso máximo de \$45	Los siguientes servicios para niños tienen cantidad limitada:  Examen de la vista – 1 examen preventivo por año

\*Para más información sobre limitaciones y excepciones, diríjase al documento Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan en [www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits](http://www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits) o llame al 1-855-315-5800.

Para más información, comuníquese con el Vision Service Plan (VSP) al 1-800-877-7195.	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	calendario.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan por lo general NO cubre (Para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos consulte el documento Evidencia de cobertura (EOC) de su plan).

- |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Programas comerciales de pérdida de peso</li> <li>● Cirugía cosmética</li> <li>● Atención dental (adultos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Audífonos</li> <li>● Tratamiento para la infertilidad</li> <li>● Cuidados de largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados que no sean de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos.</li> <li>● Servicio de enfermería privada</li> <li>● Cuidados de rutina de los pies</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\*Para más información sobre limitaciones y excepciones, diríjase al documento Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan en [www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits](http://www.sutterhealthplus.org/about/plans-benefits) o llame al 1-855-315-5800.

Otros servicios cubiertos (Estos servicios podrían tener limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento Evidencia de Cobertura [EOC] de su plan).

- Aborto
- Servicios de acupuntura brindados como beneficio opcional a través del ACN Group of California (ACN) cuando sean necesarios en términos médicos. Para obtener información adicional diríjase al Detalle de Beneficios del ACN. Este beneficio opcional es adicional a los servicios de acupuntura incluidos normalmente en el plan médico, que suelen brindarse solo para el tratamiento de las náuseas o del dolor crónico y que requieren una remisión de un PCP y autorización previa.
- Cirugía bariátrica
- Servicios quiroprácticos brindados como beneficio opcional a través del ACN Group of California (ACN) cuando sean necesarios en términos médicos; no son parte del plan médico. Para obtener información adicional diríjase al Detalle de Beneficios del ACN.
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos) limitado a un examen ocular preventivo anual a través del VSP; incluido en el plan médico.

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si usted desea continuar con la cobertura una vez que esta haya finalizado, hay agencias que pueden ayudarlo. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Atención Médica Administrada, teléfono o [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés), teléfono 1-877- 267-2323 extensión 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También puede haber otras opciones de cobertura disponibles, como la compra de una cobertura individual en el Mercado de Seguros de Salud de California, Covered California al 1-800-300-1506 o [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite [healthcare.gov](http://healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una reclamación o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle una solicitud de pago. Esta queja se conoce como reclamación (\*Diríjase a la sección “Si tiene una inquietud o una disputa con SHP” en el documento EOC para obtener información sobre las reclamaciones) o apelación. Para más información sobre sus derechos, diríjase a la explicación de los beneficios que recibirá para esa solicitud de pago. Los documentos del plan también le brindan información completa sobre cómo presentar una solicitud de pago, una reclamación o una apelación contra su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para recibir asistencia, comuníquese con: Sutter Health Plus al 1-855-315-5800 (TTY: 1- 855-830-3500) o con el Departamento de Atención Médica Administrada al 1-888-466-2219 (TTY: 1-877-688-9891) o [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov).

**¿Brinda este plan cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima por lo general incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para recibir un crédito tributario de prima.

**¿Cumple este plan con la norma de valor mínimo? Sí.**

Si su plan no cumple con la norma de valor mínimo, usted podría ser elegible para recibir un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado de Seguros de Salud.

**Servicio de asistencia en otros idiomas:**

Diríjase al anexo Notificación sobre asistencia de idiomas.

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



## Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir su atención médica. Los costos reales que tendrá dependerán de los servicios que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Fíjese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos de este plan. Utilice esta información para comparar qué parte de los costos podría tener que pagar usted, según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de cuidados prenatales con proveedores de la red y parto en el hospital)

### Manejar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidados de rutina con proveedores de la red de una enfermedad bien controlada)

### Fractura simple de Mía

(visita a sala de emergencias de la red y cuidados de seguimiento)

El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0	El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0	El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
<u>Copago</u> por visita a <u>especialista</u>	\$20	<u>Copago</u> por visita a <u>especialista</u>	\$20	<u>Copago</u> por visita a <u>especialista</u>	\$20
<u>Copago</u> por uso del hospital (instalaciones)	\$250	<u>Copago</u> por uso del hospital (instalaciones)	\$250	<u>Copago</u> por uso del hospital (instalaciones)	\$250
Otros <u>coseguros</u>	20%	Otros <u>coseguros</u>	20%	Otros <u>coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio (*cuidados prenatales*)  
 Servicios profesionales durante el parto Servicios del centro durante el parto (*anestesia*) Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos recetados (*incluido medidor de glucosa*)

Este EJEMPLO incluye servicios como: Cuidados en la sala de emergencias (incluidos suministros médicos) Pruebas de diagnóstico (radiografías)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	----------	-------------------------	---------	-------------------------	---------

En este ejemplo, Peg pagaría:

En este ejemplo, Joe pagaría:

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>		<u>Costo compartido</u>		<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducible</u>	\$0	<u>Deducible</u>	\$0	<u>Deducible</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300	<u>Copagos</u>	\$1,200	<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguros</u>	\$0	<u>Coseguros</u>	\$0	<u>Coseguros</u>	\$50
<i>Qué no cubre</i>		<i>Qué no cubre</i>		<i>Qué no cubre</i>	
Límites o <u>servicios excluidos</u>	\$60	Límites o <u>servicios excluidos</u>	\$20	Límites o <u>servicios excluidos</u>	\$0
En total, Peg pagaría	\$360	En total, Joe pagaría	\$1,220	En total, Mia pagaría	\$350

El plan se haría cargo de los otros costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.