

 El Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [Join.Surest.com](#), la aplicación móvil Surest, el sitio web [Benefits.Surest.com](#) o llame a Servicios para Miembros de Surest al 1-866-683-6440. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-866-683-6440 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancias médicas comunes que se encuentra a continuación para obtener los costos de los servicios cubiertos por este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, se pueden aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Para obtener una lista de los servicios preventivos cubiertos, visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : individual \$3,500 / familiar \$7,000 Para proveedores fuera de la red : individual \$7,000 / familiar \$14,000	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si otros miembros de la familia están incluidos en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite Join.Surest.com , o llame al 1-866-683-6440 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor incluido en la red de plan . Pagará el monto máximo si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que el proveedor le facture la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que el proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Usted puede visitar cualquier especialista sin necesidad de una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y del [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar el [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 - \$130 de copago /visita	\$260 de copago /visita	<p>Ciertos procedimientos realizados en el consultorio pueden tener un copago más elevado por la visita al consultorio.</p> <p>Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible.</p> <p>Visitas virtuales: Sin cargo por visita por parte de un proveedor dentro la red virtual designado.</p> <p>*El costo compartido se aplica a cualquier otro servicio de tele salud según el tipo de proveedor. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, pueden aplicarse copagos adicionales.</p> <p>Es posible que tenga que pagar servicios que no son preventivos. Pregunte al proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará el plan.</p>
	Consulta con un especialista	\$30 - \$130 de copago /visita	\$260 de copago /visita	
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	\$195 de copago /visita	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (p. ej., radiografías, análisis de sangre)	Exámenes de diagnóstico de rutina : Sin cargo Exámenes de diagnóstico que no son de rutina : \$50 - \$1,000 de copago /visita	Exámenes de diagnóstico de rutina : Sin cargo Exámenes de diagnóstico que no son de rutina : Hasta \$2,000 de copago /visita	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$200 - \$700 de copago /visita	\$1,400 de copago /visita	<p>Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible.</p> <p>Se requiere autorización previa para ciertos exámenes de diagnóstico por imágenes o es posible que no se brinde cobertura.</p>

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [Join.Surest.com](#). Después de inscribirse, visite la aplicación móvil de Surest o el sitio web [Benefits.Surest.com](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección médica</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en Join.Surest.com.</p>	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>30 días \$5 de copago en farmacias preferidas; \$25 de copago en otras farmacias dentro de la red Suministro para 90 días \$15 de copago en farmacias preferidas o pedidos por correo de Kroger; \$65 de copago en otras farmacias dentro de la red</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Ciertos medicamentos genéricos están disponibles con copagos de \$0, incluidos los anticonceptivos genéricos recetados y los medicamentos para dejar de fumar.</p> <p>Para obtener más información sobre la categorización de medicamentos y los copagos de medicamentos específicos, visite Join.Surest.com, la aplicación móvil Surest o el sitio web Benefits.Surest.com.</p> <p>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos o es posible que no se brinde cobertura.</p>
	<p>Medicamentos del Nivel 2</p>	<p>30 días \$100 de copago en farmacias preferidas y otras farmacias dentro de la red Suministro para 90 días \$250 de copago en farmacias preferidas, otras farmacias dentro de la red o pedidos por correo de Kroger</p>	<p>Sin cobertura</p>	
	<p>Medicamentos del Nivel 3</p>	<p>30 días \$180 de copago en farmacias preferidas y otras farmacias dentro de la red Suministro para 90 días \$450 de copago en farmacias preferidas, otras farmacias dentro de la red o pedidos por correo de Kroger</p>	<p>Sin cobertura</p>	
	<p>Medicamentos de especialidad</p>	<p>30 días Nivel 1: \$325 de copago Nivel 2: \$365 de copago Nivel 3: \$400 de copago</p>	<p>Sin cobertura</p>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$70 - \$3,000 de copago /visita	Hasta \$6,000 de copago /visita	<p>Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible.</p> <p>Se requiere autorización previa para ciertas cirugías ambulatorias o es posible que no se brinde cobertura.</p>
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$500 de copago /visita	\$500 de copago /visita	No se aplica el copago si lo ingresan al centro en un plazo de 24 horas. El copago por visita a la sala de emergencias fuera de la red se aplica al límite de gastos de bolsillo dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	\$600 de copago /transporte	\$ 600 de copago /transporte	Se requiere autorización previa para el transporte médico que no sea de emergencia o es posible que no se brinde cobertura. El copago por transporte médico de emergencias fuera de la red se aplica al límite de gastos de bolsillo dentro de la red.
	Atención de urgencia	\$ 90 de copago /visita	\$ 180 de copago /visita	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$700 - \$3,000 de copago /estadia	Hasta \$6,000 de copago /estadia	<p>Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible.</p> <p>Se requiere autorización previa para las admisiones en centros que no sean de emergencia y las cirugías para pacientes hospitalizados, o es posible que no se brinde cobertura.</p>
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [Join.Surest.com](#). Después de inscribirse, visite la aplicación móvil de Surest o el sitio web [Benefits.Surest.com](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Hogar/consultorio: \$30 de copago /visita Centro para pacientes ambulatorios: \$ 100 de copago /visita	Hogar/consultorio: \$60 de copago /visita Centro para pacientes ambulatorios: \$ 200 de copago /visita	Ciertos procedimientos/servicios en el entorno ambulatorio pueden tener un copago más bajo. Se requiere autorización previa para ciertos servicios para pacientes ambulatorios o es posible que no se brinde cobertura.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$2,000 de copago /estadía	\$4,000 de copago /estadía	Ciertos procedimientos/servicios en el entorno de hospitalización pueden tener un copago más bajo. Se requiere autorización previa para ciertos servicios para pacientes hospitalizados o es posible que no se brinde cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$195 de copago /visita	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos con proveedores dentro de la red . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo	Un copago para todos los servicios cubiertos relacionados con el nacimiento y el parto, incluido el recién nacido, a menos que este reciba el alta después que la madre.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$1,000 - \$3,000 de copago /estadía	\$6,000 de copago /estadía	Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible. Se requiere autorización previa para las estadías en el hospital que superen las 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea, o es posible que no se brinde cobertura.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$30 de copago /visita	\$60 de copago /visita	Límite de 120 visitas: combinación de proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red por persona por año del plan. Se requiere autorización previa para ciertos servicios de atención médica en el hogar o es posible que no se brinde cobertura.
	Servicios de rehabilitación	\$25 - \$75 de copago /visita	Hasta \$ 150 de copago /visita	Límite de 60 visitas para terapia ocupacional Límite de 60 visitas para fisioterapia Límite de 60 visitas para terapia del habla Los límites de visita son una combinación de proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red por persona por año del plan.
	Servicios de habilitación	\$25 - \$75 de copago /visita	Hasta \$ 150 de copago /visita	Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible.
	Atención de enfermería especializada	\$1,850 de copago /estadía	\$3,700 de copago /estadía	Límite de 120 días por persona por año del plan. Se requiere autorización previa o es posible que no se brinde cobertura.
	Equipo médico duradero	\$0 - \$1,000 de copago /equipo según el nivel del DME	Hasta \$2,000 de copago /equipo según el nivel del DME	Para conocer los niveles y las limitaciones de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) visite Join.Surest.com , la aplicación móvil Surest o el sitio web Benefits.Surest.com . Se requiere autorización previa para ciertos DME o es posible que no se brinde cobertura.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Hogar: \$30 de copago /visita Paciente hospitalizado: \$2,000 de copago /estadía	Hogar: \$60 de copago /visita Paciente hospitalizado: \$4,000 de copago /estadía	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	\$260 de copago /visita	Un examen por persona por año del plan
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [Join.Surest.com](#). Después de inscribirse, visite la aplicación móvil de Surest o el sitio web [Benefits.Surest.com](#).

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía plástica
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#).)

- Acupuntura (límite de 60 visitas por persona por año del [plan](#))
- Atención quiropráctica (límite de 60 visitas por persona por año del [plan](#))
- Audífonos (pueden aplicarse limitaciones)
- Atención oftalmológica de rutina (adultos) (Limitado a un examen por persona por año del plan.)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los pies de rutina (para ciertas afecciones médicas)
- Tratamiento de la infertilidad (pueden aplicarse limitaciones)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo: llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con Servicios para Miembros de Surest en 1-866-683-6440. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Servicios para Miembros de Surest en 1-866-683-6440, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Este plan cumple con el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-683-6440.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información sea de un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los servicios excluidos por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$0
- [Copago](#) del hospital (centro) \$3,000
- Otros [copagos](#) \$400

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$3,400
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es \$3,420

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (centro) \$0
- Otros [copagos](#) \$2,000

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$2,030
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Joe pagaría es \$2,030

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Copago](#) del hospital (centro) \$500
- Otros [copagos](#) \$800

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,360
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es \$1,360

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.