

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartiría el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Información sobre el costo de este [plan](#) (llamó al [de primera calidad](#)) se proporcionarán por separado. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros de Clearwater al 877-405-2926. Para definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro subrayada términos, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar 877-405-2926 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el total <a href="#">deducible</a> ?	\$0 Individual \$0 Familiar	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubren este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Todos los Servicios Cubiertos de Salud están cubiertos sin <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el <a href="#">monto</a> deducible. Pero puede <a href="#">solicitar un copago</a> o <a href="#">un coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y previo a conocer su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios <a href="#">cubiertos preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$8,700 Proveedor de red individual, \$17,400 proveedor fuera de la red. \$17,400 Proveedor de la red familiar, \$34,800 proveedor fuera de la red.	El <a href="#">límite de desembolso personal</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con sus <a href="#">límites de desembolso personal</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite general de gastos de desembolso personal</a> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	Este plan no cubre <a href="#">primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> cargos, y <a href="#">atención médica</a> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Pagaría menos si usara un <a href="#">proveedor de red</a> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.multiplan.com/webcenter/portal/ProviderSearch">www.multiplan.com/webcenter/portal/ProviderSearch</a> o <a href="https://pnoa-ppo.com/find-a-provider/">https://pnoa-ppo.com/find-a-provider/</a> o llame al 877-405-2926 para obtener una <a href="#">lista de proveedores</a> de la red.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de</a> proveedores. Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el <a href="#">cargo del proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que <a href="#">su proveedor de red podría</a> usar un proveedor <a href="#">fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> de su elección sin <a href="#">remisión</a> .



Todos los [costos de copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de que [se haya alcanzado su](#) deducible, si se aplica [un deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que pueda llegar a necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor de Desembolso personal (Usted pagará la mayor cantidad)	
<b>Si visita un centro de salud, consultorio o clínica <a href="#">del proveedor</a></b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20/por visita	\$50/por visita	Nada.
	<a href="#">Visita del</a> especialista	\$50/por visita	\$100/por visita	Nada.
	<a href="#">Cuidado preventivo/revisión</a> <a href="#">periódicas/</a> inmunización	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">Los servicios preventivos</a> solo están cubiertos cuando se reciben de <a href="#">un proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la atención preventiva</a> fuera de la <a href="#">red</a> . Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si tiene una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Rayos-X: \$50/por prueba Laboratorios: \$10/por prueba	Rayos-X: \$100/por prueba Laboratorios: \$25/por prueba	Nada.
	Imágenes (Tomografías Computarizadas/PET, ultrasonidos, Resonancias Magnéticas)	\$200/por prueba	\$400/por prueba	Nada.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b> Más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://www.ehimrx.com">www.ehimrx.com</a> .	Nivel 1 - Genérico	\$0/prescripción	No cubierto	<a href="#">Copago</a> cubre un suministro de hasta 30 días. <a href="#">Costo compartido</a> para un suministro de 90 días es el triple del <a href="#">copago</a> para un suministro estándar de 30 días.
	Nivel 2 - Marca preferida	\$20/prescripción	No cubierto	
	Nivel 3 - Marca no preferida	\$40/prescripción	No cubierto	
	Nivel 4 - <a href="#">Medicamentos especiales</a>	No cubierto	No cubierto	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para cirugía ambulatoria.
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en BoomyHealth.com.

Evento Médico Común	Servicios que pueda llegar a necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor de Desembolso personal (Usted pagará la mayor cantidad)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">atención en sala de emergencias</a> .
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para estancias hospitalarias.
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	No cubierto	No cubierto	
<b>Sí estás embarazada</b>	Visitas a la oficina	Sin cargo por <a href="#">cuidado preventivo</a> visitas \$20/por visita del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> . \$50/por visita de <a href="#">especialistas</a> .	<a href="#">Cuidado preventivo</a> visitas no cubiertas. \$50/por visita para el <a href="#">proveedor de atención primaria</a> . \$100/por visita de <a href="#">especialistas</a> .	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido). Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, otros <a href="#">costos compartidos</a> se pueden solicitar.
	Servicios profesionales de parto / parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios profesionales de parto.
	Servicios de instalaciones de parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de centros de parto.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para el <a href="#">cuidado de la salud en el hogar</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">servicios de rehabilitación</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para los <a href="#">servicios de habilitación</a> .
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">atención de enfermería especializada</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">equipo médico duradero</a> .
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">servicios de hospicio</a> .

Evento Médico Común	Servicios que pueda llegar a necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor de Desembolso personal (Usted pagará la mayor cantidad)	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">Los servicios preventivos</a> solo están cubiertos cuando se reciben de <a href="#">un proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la atención preventiva</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Chequeo dental infantil	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">Los servicios preventivos</a> solo están cubiertos cuando se reciben de <a href="#">un proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la atención preventiva</a> fuera de la <a href="#">red</a> .

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Consulte su póliza [o documento del plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Aborto
- Acupuntura
- Anestesia
- Cirugía bariátrica
- Detección y Tratamiento del cáncer
- Servicios de instalaciones y profesionales de parto
- Anteojos para Niños
- Atención quiropráctica
- Cirugía cosmética
- Cuidado Dental (Adulto)
- Equipo médico duradero
- Servicios de sala de emergencia
- Pruebas genéticas y asesoramiento
- Servicios de habilitación
- Aparatos para el oído
- Cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Admisión hospitalaria o instalación
- Tratamiento de infertilidad
- Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios
- Cuidado a largo plazo
- Servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios de Patología
- Terapia física u ocupacional
- Servicios de rehabilitación
- Cuidado de rutina de ojos (adulto)
- Atención de enfermería especializada
- Ligadura de trompas
- Vasectomía

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

- Nada.

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Servicios para Miembros de Clearwater al 877-405-2926 o [planhelp@boomyhealth.com](mailto:planhelp@boomyhealth.com); Opciones de Salud de Texas al 1-800-252-3439 o [www.texashealthoptions.com](http://www.texashealthoptions.com); o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También tiene a su disposición otras opciones para continuar con la cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros de salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visitar [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámé al 800-318-2596.

**Sus derechos de queja y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su [plan](#) por la negación de un [reclamación](#). Esta queja se llama [apelación](#) o [apelar](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por su [reclamación para ese plan médico](#). Los [documentos de su plan](#) también proporcionan información completa para enviar una [reclamación](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Servicios para Miembros de Clearwater al 877-405-2926 o [planhelp@boomyhealth.com](mailto:planhelp@boomyhealth.com) o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

[La Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de prima](#).

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No

Si tu [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) para ayudarlo a pagar un plan a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-405-2926.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-405-2926.

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



**Esto no es un estimador 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 su [proveedor](#) cobre, y muchos otros factores. Concéntrese en el monto por [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Pega está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$50
■ Copago por <a href="#">imágenes</a>	\$200
■ Copago <a href="#">por Laboratorios</a>	\$10

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al [consultorio](#) del *especialista (cuidado prenatal)*  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios de centros de parto  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
[Visita al](#) *especialista (anestesia)*

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$8,500
<b>El total que pagaría Peg es:</b>	<b>\$9,100</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de

**Joe** (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$50
■ Copago por <a href="#">imágenes</a>	\$200
■ Copago <a href="#">por Laboratorios</a>	\$10

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Visitas al consultorio del médico](#) de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$800
<b>El total que Joe pagaría es:</b>	<b>\$1,100</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$50
■ Copago por <a href="#">imágenes</a>	\$200
■ Copago <a href="#">por Laboratorios</a>	\$10

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*Rayos-X*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,300
<b>El total que Mia pagaría es:</b>	<b>\$2,600</b>

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