




福利和承保摘要 (SBC) 文件将帮助您选择健康 [保单计划](#)。SBC 向您展示您和 [计划](#) 将分担承保医疗保健服务的费用。注意：有关此费用的信息 [计划](#)（叫做 [保费](#)）将单独提供。这只是个概要。有关您的承保范围的更多信息，或获取完整承保条款的副本，请联系 克利尔沃特会员服务电话 877-405-2926。对于常用术语的一般定义，如 [允许金额](#)，[余额计费](#)，[共同保险](#)，[共付额](#)，[免赔额](#)，[提供者](#)，或其他 [强调性术语](#)，请参阅词汇表。您可以在以下位置查看词汇表 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 或致电 877-405-2926 索取副本。

重要问题	答案	为什么这很重要：
什么是整体 免赔额 ？	\$0 个人 \$0 家庭	请参阅下面的常见医疗事件图表，了解您为此服务的该 计划 的费用覆盖范围。
在您达到 免赔额 之前，是否有承保服务？	是的。所有承保的健康服务均在没有保险的情况下没有 免赔额 。	这个 计划 涵盖一些项目和服务，即使您尚未满足 免赔额 数量。但是一个 共付额 或者 共同保险 可申请。例如，这个 计划 涵盖某些 预防服务 没有 成本分摊 在你达到您的 免赔额 。查看涵盖的列表 预防服务 在 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
对于特定服务，是否有其他的 免赔额 ？	没有。	你不必达到特定服务的 免赔额 。
这个计划 的 自付限额 是多少？	\$8,700 个人网络提供商 \$17,400 家庭网络提供商	这 自费限额 是您一年内可以为承保服务支付的最高金额。如果你有此中的其他家庭成员 计划 ，他们必须满足自己的 自费限额 直到整个家庭 自费限额 已经满足。
什么不包括在 自费限额 ？	保费 ， 余额计费 收费和该 计划 不承保的医疗保健服务。	即使您支付了这些费用，它们也不计入 自费限额 。
如果你使用一个 网络内医疗服务供应商 ，你会少付钱吗？	是的。看 www.multiplan.com/webcenter/portal/ProviderSearch 或者 https://pnoa-ppo.com/find-a-provider/ 或致电 877-405-2926 网络提供商 列表 。	本 计划 使用一个 供应商网络 。如果您使用本 计划 网络内的医疗服务 提供者 ，您将支付较少费用。如果您使用 网络外的服务提供者 ，您将支付最多的费用，而且您可能会收到医疗服务 提供者 的收费和您的 计划 支付的费用之间的差额的账单（ 平衡计费 ）。请注意，你的 网络供应商 可能会使用 网络外的供应商 来提供某些服务（如实验室工作）。在你接受服务之前，请向你的医疗服务 提供者 咨询。
你需要一个 转诊推荐 看一个 专家 ？	没有。	你可以看 专家 你选择没有 转诊推荐 。

 全部 [共付额](#) 和 [共同保险](#) 此图表中显示的费用是在您的 [免赔额](#) 已经满足，如果有 [免赔额](#) 适用。

常见的医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供商 (你会付最少的钱)	网络外提供者 (您将支付最多)	
如果您去医疗保健 提供者 的办公室或诊所会诊	初级保健医生会诊以治疗受伤或疾病	\$20 /次	不承保	全无。
	专家 会诊	\$50 /次	不承保	全无。
	预防保健/筛选/ 免疫	免费	不承保	预防服务 仅在从 网络内医疗服务提供商 内获得才会承保。 网络外 预防保健 不在此 计划 承保范围之内。 您可能需要为非预防性服务付费。咨询您的 提供者 如果所需的服务是预防性的。然后检查你的 计划 会否将支付。
如果你有一个测试	诊断测试 (X光, 血液检查)	不承保	不承保	不承保诊断测试。
	成像 (CT/PET 扫描、超声波、MRI)	不承保	不承保	不承保成像。
如果您需要药物来治疗您的疾病或状况。 有关更多信息 处方药承保范围 可在 www.ehimrx.com .	第 1 层 - 通用	\$0/处方离子	不承保	共付额 包括30天的用量。90天用量的 分担费用 是标准30天用量 分担费用 的三倍。
	第 2 层 - 首选品牌	\$20/处方	不承保	
	第 3 层 - 非首选品牌	\$40/处方	不承保	
	第 4 层 - 特殊药物	不承保	不承保	
如果您有门诊手术	设施费 (例如门诊手术中心)	不承保	不承保	门诊手术不承保。
	医生/外科医生费用	不承保	不承保	

* 有关限制和免责条款的更多信息，请参阅 [计划](#) 或政策文件 BomyHealth.com.

常见的医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务机构提供商 (你会付最少的钱)	网络外提供者 (您将支付最多)	
如果您需要立即就医	急诊室护理	不承保	不承保	不承保 急诊室护理 .
如果您住院	设施费 (例如, 病房)	不承保	不承保	住院不承保。
	医生/外科医生费用	不承保	不承保	
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	不承保	不承保	住院或门诊心理健康、行为健康或药物滥用服务不承保。
	住院服务	不承保	不承保	
如果你怀孕了	办公室会诊	不收费 预防保健 会诊。 \$20 /次 初级保健提供者 . \$50 /次 专家会诊 .	不承保	产科护理可能包括 SBC 其他地方描述的测试和服务 (例如, 超声波)。 成本分摊 不适用于某些 预防服务 . 根据服务类型, 其他 成本分摊 可申请。
	分娩/接生专业服务	不承保	不承保	不承保分娩/接生专业服务。
	分娩/接生设施服务	不承保	不承保	不承保分娩/接生设施服务。
如果您需要帮助恢复或有其他特殊的健康需求	家庭保健	不承保	不承保	不承保 家庭保健 .
	康复服务	不承保	不承保	不承保 康复服务 .
	疗愈服务	不承保	不承保	不承保 疗愈服务 .
	熟练的护理服务	不承保	不承保	不承保 熟练的护理 .
	耐用医疗设备	不承保	不承保	不承保 耐用医疗设备 .
	临终关怀服务	不承保	不承保	不承保 临终关怀服务 .

* 有关限制和免责条款的更多信息, 请参阅 [计划](#) 或政策文件 [BomyHealth.com](#).

常见的医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务机构提供商 (你会付最少的钱)	网络外提供者 (您将支付最多)	
如果您的孩子需要牙科或眼部护理	儿童眼科检查	免费	不承保	预防服务 仅在从 网络内医疗服务提供商 内获得才会承保. 网络外 预防保健 不在此 计划 承保范围之内。
	儿童眼镜	不承保	不承保	不承保儿童眼镜。
	儿童牙科检查	免费	不承保	预防服务 仅在从 网络内医疗服务提供商 内获得才会承保. 网络外 预防保健 不在此 计划 承保范围之内。

除外服务和其他承保服务：

服务您的 计划 一般不承保 (检查您的保单或 计划 文档以获取更多信息和任何其他列表 排除服务 .)		
<ul style="list-style-type: none"> ● 流产 ● 针灸 ● 麻醉 ● 减肥手术 ● 癌症筛查和治疗 ● 分娩/接生专业和设施服务 ● 儿童眼镜 ● 整脊护理 ● 整容手术 ● 牙科护理 (成人) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 耐用医疗设备 ● 急诊室服务 ● 基因检测与咨询 ● 服务 ● 助听器 ● 家庭保健 ● 临终关怀服务 ● 入院或设施 ● 不孕症治疗 ● 住院或门诊手术 ● 长期护理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 心理健康、行为健康或药物滥用服务 ● 在美国境外旅行时的非紧急护理 ● 病理学服务 ● 物理或职业治疗 ● 康复服务 ● 常规眼部护理 (成人) ● 熟练的护理 ● 输卵管结扎术 ● 输精管结扎术

其他承保服务 (这些服务可能会受到限制。这不是完整列表。请参阅您的 计划 文档。)
<ul style="list-style-type: none"> ● 全无。

* 有关限制和免责条款的更多信息，请参阅 [计划](#) 或政策文件 BomyHealth.com.

您继续承保的权利：如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是：克利尔沃特会员服务电话 877-405-2926 或 planhelp@boomyhealth.com; 德克萨斯州健康选择电话 1-800-252-3439 或 www.texashealthoptions.com; 或美国劳工部员工福利安全管理局，电话 1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform。您还可以使用其他继续承保的选项，包括通过 [健康保险市场](#)。有关更多信息 [市场](#)，访问 www.HealthCare.gov 或致电 800-318-2596。

您的申诉和上诉权利：如果您要投诉您的 [计划](#) 拒绝一个 [宣称](#)，此投诉称为 [委屈](#) 或者 [上诉](#)。有关您的权利的更多信息，请查看您将获得的医疗福利说明 [宣称](#)。您的 [计划](#) 文件还提供了完整的信息以提交 [宣称](#)，[上诉](#)，或一个 [委屈](#) 出于任何原因对您的 [计划](#)。有关您的权利、本通知或帮助的更多信息，请联系：克利尔沃特会员服务电话 877-405-2926 或 planhelp@boomyhealth.com 或者 美国劳工部员工福利安全管理局，电话 1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform。

该计划是否提供最低基本保障？ 是的

最低基本保险 一般包括 [计划](#)，[健康保险](#) 可通过 [市场](#) 或其他个人市场政策、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他保险。如果您有资格获得某些类型的 [最低基本保险](#)，您可能没有资格获得 [保费税收抵免](#)。

该计划是否符合最低价值标准？ 不

如果你的 [计划](#) 不符合 [最小价值标准](#)，您可能没有资格获得 [保费税收抵免](#) 帮助您通过 [市场支付](#)。

语言访问服务：

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.

看看这个例子 [计划](#) 可能包括医疗情况样本的费用，请参阅下一节。



这不是成本估算。 所示的治疗方法只是如何做到这一点的示例 [计划](#) 可能包括医疗保健。您的实际费用会有所不同，具体取决于您接受的实际护理、您的价格 [提供者](#) 收费等诸多因素。专注于 [成本分摊](#) 金额 ([免赔额](#), [共付额](#) 和 [共同保险](#)) 和 [排除服务](#) 在下面 [计划](#)。使用此信息比较您在不同健康状况下可能支付的费用部分 [计划](#)。请注意，这些覆盖范。

佩格要生孩子了

(9 个月的网络内产前护理和医院分娩)

- 这 [计划的](#) 全面 [免赔额](#) \$0
- 基本的 [照顾](#) [共付额](#) \$20
- [专家](#) [共付额](#) \$50
- 实验室 [共付额](#) \$10

此示例事件包括以下服务：

[专家](#) 办公室会诊 ([产前护理](#))

分娩/接生专业服务

分娩/接生设施服务

[诊断测试](#) ([超声波和血液检查](#))

[专家](#) 会诊 ([麻醉](#))

示例总成本	\$12,700
--------------	-----------------

在此示例中，**Peg** 将支付：

成本分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$200
共同保险	\$0
未涵盖的内容	
限制或例外情况	\$8,900
Peg 将支付的总金额为	\$9,100

管理 Joe 的 2 型糖尿病 (对控制良好

的疾病进行一年的常规网络护理)

- 这 [计划的](#) 全面 [免赔额](#) \$0
- 基本的 [照顾](#) [共付额](#) \$20
- [专家](#) [共付额](#) \$50
- 实验室 [共付额](#) \$10

此示例事件包括以下服务：

[初级保健医生办公室访问](#) (包括疾病教育)

[诊断测试](#) (血液检查)

[处方药](#)

[耐用医疗设备](#) (血糖仪)

示例总成本	\$5,600
--------------	----------------

在此示例中，**乔** 将支付：

成本分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$300
共同保险	\$0
未涵盖的内容	
限制或例外情况	\$3,900
乔将支付的总费用是	\$4,200

米娅的简单骨折

(网络内急诊室就诊和后续护理)

- 这 [计划的](#) 全面 [免赔额](#) \$0
- 基本的 [照顾](#) [共付额](#) \$20
- [专家](#) [共付额](#) \$50
- 实验室 [共付额](#) \$10

此示例事件包括以下服务：

[急诊室护理](#) (包括医疗用品)

[诊断测试](#) (X 射线)

[耐用医疗设备](#) (拐杖)

[康复服务](#) (物理治疗)

示例总成本	\$2,800
--------------	----------------

在此示例中，**Mia** 将支付：

成本分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$200
共同保险	\$0
未涵盖的内容	
限制或例外情况	\$2,500
Mia 将支付的总金额为	\$2,700

该 [计划](#) 将负责这些示例涵盖服务的其他费用。