



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solamente 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 obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros [términos subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llame al 877-405-2926 para solicitar una copia.

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



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

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita para atención primaria, para tratar una lesión o enfermedad	\$20/visita	No cubierto	Ninguna.
	Visita al especialista	\$50/visita	No cubierto	Ninguna.
	Atención preventiva/detección /inmunización	Sin cargo	No cubierto	Los servicios preventivos solo están cubiertos cuando se reciben de un proveedor de la red . Este plan no cubre la atención preventiva fuera de la red . Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si tienes una prueba	Prueba diagnóstica (rayos x, análisis de sangre)	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para pruebas de diagnóstico.
	Imágenes (TC/PET, ecografías, resonancias magnéticas)	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para imágenes.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Más información acerca de cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.ehimrx.com .	Nivel 1 - Genérico	\$0/receta	No cubierto	El copago cubre un suministro de hasta 30 días. El costo compartido de un suministro de 90 días es el triple del copago de un suministro estándar de 30 días.
	Nivel 2 - Marca preferida	\$20/receta	No cubierto	
	Nivel 3 - Marca no preferida	\$40/receta	No cubierto	
	Nivel 4 - Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	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	

Evento médico común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para la atención en la sala de emergencias .
Si tiene una hospitalización	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	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	No cubierto	No cubierto	
Sí estas embarazada	Visitas a la oficina	Sin cargo por visitas de atención preventiva . \$20/visita para el proveedor de atención primaria . \$50/visita de especialistas .	No cubierto	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido). El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, se pueden aplicar otros costos compartidos .
	Servicios profesionales de parto / parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios profesionales de parto/parto.
	Servicios de instalaciones de parto/parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de centros de parto/parto.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para la atención de la salud en el hogar .
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de rehabilitación .
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para los servicios de habilitación .
	Atención de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para atención de enfermería especializada .
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para equipos médicos duraderos .
	Servicios de cuidados paliativos	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de cuidados paliativos .

Evento médico común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Los servicios preventivos solo están cubiertos cuando se reciben de un proveedor de la red . Este plan no cubre la atención preventiva fuera de la red .
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Chequeo dental infantil	Sin cargo	No cubierto	Los servicios preventivos solo están cubiertos cuando se reciben de un proveedor de la red . Este plan no cubre la atención preventiva fuera de la red .

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).		
<ul style="list-style-type: none"> ● Aborto ● Acupuntura ● Anestesia ● Cirugía bariátrica ● Detección y tratamiento del cáncer ● Servicios de instalaciones y profesionales de parto/parto ● Anteojos para Niños ● Atención quiropráctica ● Cirugía cosmética ● Cuidado Dental (Adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo médico duradero ● Servicios de sala de emergencia ● Pruebas genéticas y asesoramiento ● Servicios de habilitación ● Aparatos auditivos ● Atención de la salud en el hogar ● Servicios de cuidados paliativos ● Admisión hospitalaria o instalación ● Tratamiento de infertilidad ● Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios ● Cuidado a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 los 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).
<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguna.

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que haya finalizado. La información de contacto de esas agencias es: Servicios para Miembros de Clearwater al 877-405-2926 o planhelp@boomyhealth.com; Texas Health Options al 1-800-252-3439 o 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. 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 Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de [su plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), [una 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 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.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

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

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) para ayudarlo a pagar un plan a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

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

Chino(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 que se muestran 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. Concéntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y [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 la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan es](#) \$0
- Copago de atención [primaria](#) \$20
- [Copago del especialista](#) \$ 50
- Copago [de laboratorio](#) \$10

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
copagos	\$200
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$8,900
El total que pagaría Peg es	\$9,100

Manejo de la diabetes tipo 2 de

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

- El [deducible](#) general del [planes](#) \$0
- Copago de atención [primaria](#) \$20
- [Copago del especialista](#) \$ 50
- Copago [de laboratorio](#) \$10

Este evento de 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*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
copagos	\$300
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$3,900
El total que Joe pagaría es	\$4,200

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan es](#) \$0
- Copago de atención [primaria](#) \$20
- [Copago del especialista](#) \$ 50
- Copago [de laboratorio](#) \$10

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
copagos	\$200
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,500
El total que Mia pagaría es	\$2,700

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