



福利和承保摘要 (SBC) 文件将帮助您选择一个健康的 [保单计划](#)。SBC 向您展示您和 [保单计划](#) 将分担承保医疗保健服务的费用。注意：有关此费用的信息 [保单计划](#)（叫做 [保费的](#)）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/](http://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 <a href="#">免赔额</a> ？	<b>\$3,000</b> 个人 <b>\$6,000</b> 家庭	请参阅下面的常见医疗事件图表，了解您的 <a href="#">保险计划</a> 承保的服务覆盖范围。
在您达到 <a href="#">免赔额</a> 前，是否有服务得到保障？	是的。 <a href="#">网络内医疗服务提供者的预防性护理服务</a> 。	这个 <a href="#">计划</a> 涵盖一些项目和服务，即使您尚未满足 <a href="#">免赔额</a> 数量。但是一个 <a href="#">共付额</a> 或者 <a href="#">共同保险</a> 可申请。例如，吨他的 <a href="#">计划</a> 涵盖某些 <a href="#">预防服务</a> 没有 <a href="#">成本分摊</a> 在您达到您的 <a href="#">免赔额</a> 。查看涵盖的列表 <a href="#">预防服务</a> 在 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。
有没有其他 <a href="#">免赔额</a> 特定服务？	不需要。	你不必达到用于特定服务的 <a href="#">免赔额</a> 。
是什么 <a href="#">从口袋里掏出限制</a> 为了这 <a href="#">计划</a> ？	<b>\$8,700</b> 个人 <b>\$17,400</b> 家庭	这 <a href="#">自费限额</a> 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 <a href="#">计划</a> ，他们必须满足自己的 <a href="#">自费限额</a> 直到整个家庭 <a href="#">自费限额</a> 已经满足。
什么不承保在 <a href="#">自费限额</a> ？	<a href="#">保费</a> 、 <a href="#">余额计费</a> 以及 <a href="#">本计划</a> 不承保的医疗保健。	即使您支付了这些费用，它们也不计入 <a href="#">自费限额</a> 。
如果你使用一个，你会少付钱吗 <a href="#">网络提供商</a> ？	是的。看 <a href="http://www.multiplan.com/webcenter/portal/ProviderSearch">www.multiplan.com/webcenter/portal/ProviderSearch</a> 或者 <a href="https://pnoa-ppo.com/find-a-provider/">https://pnoa-ppo.com/find-a-provider/</a> 或致电 877-405-2926 列表 <a href="#">网络内医疗服务提供商</a> 。	这个 <a href="#">计划</a> 使用一个 <a href="#">供应商网络</a> 。您将支付更少费用，如果您使用一个 <a href="#">在计划中的供应商网络</a> 。您将支付更多费用如果您使用 <a href="#">网络外供应商</a> ，并且您可能会收到一个来自 <a href="#">供应商</a> 的账单用于 <a href="#">供应商</a> 的收费和您 <a href="#">计划</a> 的支付额度的差异（ <a href="#">余额计费</a> ）。请注意，您的 <a href="#">网络提供商</a> 可能会使用 <a href="#">网络外提供者</a> 对于某些服务（例如实验室工作）。请核对您的 <a href="#">提供商</a> 在您获得服务之前。
你需要一个 <a href="#">转诊推荐</a> 看 <a href="#">专家</a> 吗？	不需要。	你可以看 <a href="#">专家</a> 你选择没有 <a href="#">转诊推荐</a> 。



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 [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、免责条款和其他重要信息
		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 <a href="#">提供者</a> 的 <a href="#">办公室或诊所</a> 会诊	初级保健医生就诊以治疗受伤或疾病	\$35/会诊	不承保	全无。
	<a href="#">专家</a> 会诊	\$60/会诊	不承保	全无。
	<a href="#">预防保健/筛选/ 免疫</a>	免费	不承保	<a href="#">预防服务</a> 仅在从 <a href="#">网络内医疗服务提供商处</a> 获得时承保。 <a href="#">网络外 预防保健</a> 不在此 <a href="#">计划</a> 承保范围内。 您可能需要为非预防性服务付费。请咨询您的 <a href="#">提供者</a> 如果所需的服务是预防性的。然后检查您的 <a href="#">保险计划</a> 将支付什么。
如果你有一个测试	<a href="#">诊断测试</a> (X光, 血液检查)	X 射线: 不包括 实验室: \$10/次测试	不承保	不承保X 光片
	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。 有关处方药承保的更多信息，请访问 <a href="http://www.ehimrx.com">www.ehimrx.com</a> .	第 1 层 - 通用	100% 共同保险	不承保	不承保以下服务 <a href="#">网络外提供者</a> s.
	第 2 层 - 首选品牌	100% 共同保险	不承保	
	第 3 层 - 非首选品牌	100% 共同保险	不承保	
	第 4 层 - <a href="#">特殊药物</a>	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](http://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、免责条款和其他重要信息
		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)	
如果您需要立即就医	<a href="#">急诊室护理</a>	不承保	不承保	不覆盖 <a href="#">急诊室护理</a> .
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	诊室会诊	不收费 <a href="#">预防保健</a> 会诊。 35 /次 <a href="#">初级保健医生</a> 。 \$60/次看 <a href="#">专科</a> 。	不包括。	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)。 <a href="#">成本分摊</a> 不适用于某些 <a href="#">预防服务</a> 。根据服务类型, 其他 <a href="#">成本分摊</a> 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	<a href="#">家庭保健</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">家庭保健</a> 。
	<a href="#">康复服务</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">康复服务</a> 。
	<a href="#">疗愈服务</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">疗愈服务</a> 。
	<a href="#">熟练的护理服务</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">熟练的护理服务</a> 。
	<a href="#">耐用医疗设备</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">耐用医疗设备</a> 。
	<a href="#">临终关怀服务</a>	不承保	不承保	不承保 <a href="#">临终关怀服务</a> 。

常见的医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、免责条款和其他重要信息
		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)	
如果您的孩子需要牙科或眼部护理	儿童眼科检查	免费	不承保	<a href="#">预防服务</a> 仅在从 <a href="#">网络内医疗服务提供商处</a> 获得时承保。 <a href="#">网络外 预防保健</a> 不在此 <a href="#">计划</a> 承保范围内。
	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	<a href="#">预防服务</a> 仅在从 <a href="#">网络内医疗服务提供商处</a> 获得时承保。 <a href="#">网络外 预防保健</a> 不在此 <a href="#">计划</a> 承保范围内。

**除外服务和其他承保服务：**

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

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 <a href="#">计划</a> 文档。)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全无。</li> </ul>

\* 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.

**您有继续承保的权利：**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](mailto:planhelp@boomyhealth.com); 德克萨斯州健康选择电话 1-800-252-3439 或 [www.texashealthoptions.com](http://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](http://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](http://www.HealthCare.gov) 或致电 800-318-2596。

**您有申诉和上诉权利：**如果您要投诉您的 [计划](#)，为了一个被拒绝的 [索赔](#)。此投诉称为 [申诉](#) 或者 [上诉](#)。有关您的权利的更多信息，请查看福利说明您将收到它的医疗 [索赔](#)。您的 [计划](#) 文件还提供了完整的信息以提交 [索赔](#)，[上诉](#)，或一个 [申诉](#) 针对您的 [计划](#) 的任何原因。有关您权利的更多信息、通知或帮助，请联系：克利尔沃特会员服务电话 877-405-2926 或 [planhelp@boomyhealth.com](mailto: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](http://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 [最低价值标准](#)，您可能有资格获得 [保费税收抵免](#) 帮助您通过 [市支付场](#)。

**语言访问服务：**

西班牙语 (Español)：如需西班牙语方面的帮助，请致电 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。关注下方 [保单方案](#) 于 [成本分摊](#) 金额 ([免赔额](#), [共付额](#) 和 [共同保险](#)) 和 [排除服务](#) 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。请注意，这些承保范围示例基于自我保险承保。

### 佩格要生孩子了

(9个月的网络内产前护理和医院分娩)

- 这个 [计划](#) 总的 [免赔额](#) \$3,000
- 基础 [照顾共付额](#) \$35
- [专家共付额](#) \$60
- 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)

<b>示例总成本</b>	<b>12,700</b>
<b>在此示例中，Peg 将支付：</b>	
<i>成本分摊</i>	
<a href="#">免赔额</a>	\$3,000
<a href="#">共付额</a>	\$90
<a href="#">共同保险</a>	\$0
<i>未涵盖的内容</i>	
限制或例外情况	\$8,900
<b>Peg 将支付的总金额为</b>	<b>\$11,990</b>

### 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)

- 这个 [计划](#) 总的 [免赔额](#) \$3,000
- 基础 [照顾共付额](#) \$35
- [专家共付额](#) \$60
- 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)

<b>示例总成本</b>	<b>\$5,600</b>
<b>在此示例中，乔将支付：</b>	
<i>成本分摊</i>	
<a href="#">免赔额</a>	\$1,100
<a href="#">共付额</a>	\$0
<a href="#">共同保险</a>	\$0
<i>未涵盖的内容</i>	
限制或例外情况	\$4,300
<b>乔将支付的总费用是</b>	<b>\$5,400</b>

### 米娅的简单骨折

(网络内急诊室就诊和后续护理)

- 这个 [计划](#) 总的 [免赔额](#) \$3,000
- 基础 [照顾共付额](#) \$35
- [专家共付额](#) \$60
- 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)

<b>示例总成本</b>	<b>\$2,800</b>
<b>在此示例中，Mia 将支付：</b>	
<i>成本分摊</i>	
<a href="#">免赔额</a>	\$300
<a href="#">共付额</a>	\$0
<a href="#">共同保险</a>	\$0
<i>未涵盖的内容</i>	
限制或例外情况	\$2,500
<b>Mia 将支付的总金额为</b>	<b>\$2,800</b>

该 [计划](#) 将负责这些示例涵盖服务的其他费用。