



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 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 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/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al 877-405-2926 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	respuestas	Por qué es esto importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<b>ps3,000</b> Individual <b>\$6,000</b> Familiar	Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación, para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> para <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> . Por ejemplo, este plan <a href="#">cubre ciertos</a> servicios preventivos <a href="#">sin</a> costo compartido <a href="#">y antes de alcanzar su</a> deducible. <a href="#">Consulte una lista de</a> servicios preventivos <a href="#">cubiertos</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</a> de <a href="#">desembolso</a> personal para este plan?	<b>\$8,700</b> individual <b>\$17,400</b> Familiar	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> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de desembolso personal</a> hasta que el se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso personal</a> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos por facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la 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 lista de <a href="#">proveedores de red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si emplea un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del 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 cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de red</a> podría emplear un <a href="#">proveedor 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> que elija sin una <a href="#">remisión</a> .



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 la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
<b>Si visita el consultorio o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Visita para atención primaria, para tratar una lesión o enfermedad	\$35/visita	No cubierto	Ninguna.
	<a href="#">Visita</a> al especialista	\$60/visita	No cubierto	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/detección</a> /inmunización	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">Los servicios preventivos</a> solo están cubiertos cuando se reciben de un <a href="#">proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la</a> atención preventiva fuera de la <a href="#">red</a> .  Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si tiene una prueba</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (rayos x, análisis de sangre)	Rayos-X: No cubiertos Laboratorios: \$10/prueba	No cubierto	Sin cobertura para rayos-x.
	Imágenes (TC/PET, ecografías, resonancias magnéticas)	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para imágenes.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b> Más información acerca de <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://www.ehimrx.com">www.ehimrx.com</a> .	Nivel 1 - Genérico	Coaseguro 100%	No cubierto	Sin cobertura para servicios de <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .
	Nivel 2 - Marca preferida	Coaseguro 100%	No cubierto	
	Nivel 3 - Marca no preferida	Coaseguro 100%	No cubierto	
	Nivel 4 - <a href="#">Medicamentos especializados</a>	No cubierto	No cubierto	
<b>Si tiene 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	

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)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para la atención en la <a href="#">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 de abuso de sustancias</b>	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	
<b>Sí estas embarazada</b>	Visitas a la oficina	Sin cargo por <a href="#">visitas de atención preventiva</a> . \$35/visita para el <a href="#">proveedor de atención primaria</a> . \$60/visita de <a href="#">especialistas</a> .	No cubierto.	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido). <a href="#">El costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, se pueden aplicar otros <a href="#">costos compartidos</a> .
	Servicios profesionales de parto / el parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios profesionales de parto/ el parto.
	Servicios de instalaciones de parto/ el parto	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para servicios de centros de parto/parto.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para la <a href="#">atención 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="#">equipos médicos duraderos</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para <a href="#">servicios de cuidados paliativos</a> .

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)	
<b>Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">Los servicios preventivos</a> solo están cubiertos cuando se reciben de un <a href="#">proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la</a> atención preventiva 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 un <a href="#">proveedor de la red</a> . <a href="#">Este plan no cubre la</a> atención preventiva fuera de la <a href="#">red</a> .

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de cualquier otro <a href="#">servicio excluido</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aborto</li> <li>● Acupuntura</li> <li>● Anestesia</li> <li>● Cirugía bariátrica</li> <li>● Detección y tratamiento del cáncer</li> <li>● Servicios de instalaciones y profesionales de parto/parto</li> <li>● Anteojos para Niños</li> <li>● Atención quiropráctica</li> <li>● Cirugía cosmética</li> <li>● Cuidado Dental (Adulto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo médico duradero</li> <li>● Servicios de sala de emergencia</li> <li>● Pruebas genéticas y asesoramiento</li> <li>● Servicios de habilitación</li> <li>● Aparatos auditivos</li> <li>● Atención de la salud en el hogar</li> <li>● Servicios de cuidados paliativos</li> <li>● Admisión hospitalaria o instalación</li> <li>● Tratamiento de infertilidad</li> <li>● Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios</li> <li>● Cuidado a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</li> <li>● Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>● Servicios de Patología</li> <li>● Terapia física u ocupacional</li> <li>● Servicios de rehabilitación</li> <li>● Cuidado de rutina de los ojos (adulto)</li> <li>● Atención de enfermería especializada</li> <li>● Ligadura de trompas</li> <li>● Vasectomía</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguna.</li> </ul>

**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](mailto:planhelp@boomyhealth.com); Texas Health Options 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 Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://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](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 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:

Spanish (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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan es</a>	\$3,000
■ Copago de atención <a href="#">primaria</a>	\$35
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$ 60
■ Copago <a href="#">de laboratorio</a>	\$10

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,000
<a href="#">copagos</a>	\$90
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$8,900
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$11,990</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 del <a href="#">plan es</a>	\$3,000
■ Copago de atención <a href="#">primaria</a>	\$35
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$ 60
■ Copago <a href="#">de laboratorio</a>	\$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,100
<a href="#">copagos</a>	\$0
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$4,300
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,400</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 del <a href="#">plan es</a>	\$3,000
■ Copago de atención <a href="#">primaria</a>	\$35
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$ 60
■ Copago <a href="#">de laboratorio</a>	\$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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$300
<a href="#">copagos</a>	\$0
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,500
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

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