



**breckpoint**<sup>®</sup>

LEAD TOGETHER

## GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

**Employer Name:**

**Group ID #:**

**Plan Coverage Dates:**

Disponible en Español, favor de comunicarse; 1.844.300.6497

# MANTENIÉNDOSE SALUDABLE

Su empleador ha elegido ofrecer un plan elegible patrocinado por el empleador, diseñado para promover la salud y el bienestar de usted y su familia. Esta oferta de cobertura es su oportunidad de inscribirse en un plan patrocinado por el empleador elegible o de rechazar la cobertura. El programa de beneficios ofrece una variedad de valiosas opciones de cobertura de salud. Elegir la opción correcta es una decisión importante, por lo tanto, para ayudarlo a tomar una decisión informada, esta guía brinda una descripción general de los beneficios disponibles.

También está disponible una copia en papel del SBC, sin cargo, llamando al número gratuito.1.844.657.1575

**IMPORTANTE:** Es posible que se le solicite que realice una elección para inscribirse o rechazar la cobertura durante su período de inscripción. También puede estar sujeto a un período de espera antes de que pueda comenzar su cobertura.

## ¡TIENES 2 FORMAS DIFERENTES DE HACER TUS ELECCIONES!

1

IR EN LÍNEA Visite:

[www.my.breckpoint.com](http://www.my.breckpoint.com). Seleccione Registrar para crear una cuenta utilizando su número de identificación de grupo, su número de seguro social y su fecha de nacimiento. Revise las opciones y seleccione su cobertura.

2

### CONSULTE A SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Su representante de recursos humanos le dará un formulario en papel para hacer sus selecciones.

# SERVICIOS CUBIERTOS PARA TODOS LOS PLANES

## Servicios de Salud Preventiva

### PARA ADULTOS

- **Aneurisma Aórtico Abdominal**  
Examen de una sola vez  
*(Hombres de edades específicas que alguna vez han fumado)*
- **Detección y Asesoramiento por Abuso de Alcohol**
- **Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares**
- **Examen de Presión Arterial**  
**Detección de Colesterol**  
*(Adultos de edad específica o mayor riesgo de desarrollarlo)*
- **Detección de Cáncer Colorrectal**  
*(Adultos mayores de 50 años)*
- **Detección de Depresión**
- **Detección de Diabetes (Tipo 2)**  
*(Adultos con presión arterial alta)*
- **Detección de VIH**
- **Consejería de Dieta Saludable**
- **Detección de Hepatitis B**
- **Detección de Hepatitis C**
- **Vacunas de inmunizaciones**
- **Detección de Cáncer de Pulmón**  
*(Adultos no mayores de 24 años)*
- **Asesoramiento y Detección de Obesidad**
- **Asesoramiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Asesoramiento Sobre el Cáncer de Piel**  
*(Adultos hasta 24 años.)*
- **Medicamentos Preventivos de Estatinas**  
*(Adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV)*
- **Detección de Sífilis**
- **Asesoramiento y Detección Sobre el Consumo de Tabaco**
- **Detección de Tuberculosis**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Prevención de caídas**  
*(Adultos mayores de 65 años)*
- **Medicamento preventivo del VIH/ SIDA**

### PARA MUJERES

- **Detección de Bacteriuria**  
*(Mujeres embarazadas)*
- **Asesoramiento sobre Quimio**  
**prevención de Cáncer de mama**
- **Asesoramiento sobre la prueba genética para el cáncer de mama (BRCA)**
- **Mamografía**  
*(Una vez al año para mujeres mayores de 40)*
- **Medicina preventiva para el cáncer de mama**
- **Asesoramiento y Apoyo sobre lactancia materna**
- **Detección de cáncer cervicouterino**  
*(Para mujeres sexualmente activas)*
- **Detección Clamidia**
- **Anticonceptivos**  
*(La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) aprobó métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes)*
- **Detección y Asesoramiento sobre Violencia Doméstica**
- **Asesoramiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Detección de Diabetes Gestacional**  
*(Mujeres embarazadas de 24 a 28 semanas y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional)*
- **Detección de Hepatitis B**
- **Inmunizaciones y Vacunas**
- **Detección de Sífilis**
- **Asesoramiento Sobre el Consumo de Tabaco**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Detección de Gonorrea**
- **Detección de VIH/SIDA**
- **Detección de Osteoporosis**  
*(mujeres mayores de 65 años)*
- **Detección de depresión perinatal**
- **Medicina preventiva y detección de preeclampsia**
- **Detección de RH negativa**

### PARA NIÑOS

- **Detección de Depresión**
- **Suplementos de Flúor**  
*(para bebés y niños menores de 5 años)*
- **Medicación profiláctica de gonorrea**  
*(para recién nacidos)*
- **Detección de Hemoglobinopatías o fibrosis quística**  
*(para recién nacidos)*
- **Detección de VIH/SIDA**
- **Detección de Hipotiroidismo**  
*(para recién nacidos)*
- **Vacunas e inmunizaciones**
- **Asesoramiento y detección de sobrepeso**
- **Detección de Fenilcetonuria (PKU)**
- **Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Prevención Asesoramiento conductual del cáncer de piel**
- **Intervenciones de uso de tabaco**
- **Prueba de la agudeza visual**  
*(para niños de 3 a 5 años)*

### MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ACA

¡95 medicamentos comunes incluidos sin costo! Medicamentos como:

- **Aspirina**
- **Preparación intestinal**
- **Prevención del cáncer de Brest**
- **Anticonceptivos**
- **Suplementos de fluoruro**
- **Ácido fólico**
- **Estatinas**
- **Cese del tabaco**
- **Suplementos vitamínicos**
- **¡Vea la lista completa en [breckpointRX.com!](http://breckpointRX.com/)**



# PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

## ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red	Medicare Plus
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/ Ninguno
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/Ninguno
Límite de desembolso individual de farmacia	\$5,000
Límite de gastos de bolsillo para farmacias familiares	\$10,000
<b>Cuidado Preventivo</b> <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
<b>Utilizaciones de Médicos y Consultorios</b> <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	---
Visita de Médico Familiar	No incluido
Visita Médico Especialista	No incluido
Visita de Clínica de Urgencias	No incluido
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Rayos X y Laboratorio	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
<b>Transporte de Viaje Compartido</b> <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	No incluido
Programa de prescripción <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	\$5-\$200 co-pay
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado
Dentales Virtual <i>(Proporcionado por Teledentistry.com)</i>	Ilimitado

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- ◆ Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- ◆ Este plan tiene una red abierta. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de red.
- ◆ Sin períodos de espera.
- ◆ Sin copagos con atención urgente virtual 24/7.  
*(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)*
- ◆ Programa de prescripción incluido con copagos a \$5.  
*(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)*
- ◆ ¡NUEVO! Dentales Virtual  
*(Proporcionado por Teledentistry.com, consulte el inserto)*

Consulte el documento de especificaciones del plan para obtener más detalles.

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Esposo(a)	Empleado + Familia
COSTO				

# PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Selección de tú médico familiar</b>	No se requiere	No aplica
<b>Deducible</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
<b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b> <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Máximo de desembolso en farmacia (OOP)</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)</b>	No aplica	No aplica
<b>Referencia Obligatoria</b>	No aplica	No aplica
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Clínica virtual de atención primaria</b> <i>Servicio Proporcionado por "Akos"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Maternidad Prenatal</b> <i>(Visita en Consultorio)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Cuidado Preventivo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
<b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Mamografías de Rutina</b> <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Salud de la Mujer</b> <i>Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico</b> <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Detección del Cáncer de Colon</b> <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)</b> <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas</b> <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Procedimientos o Servicios de Diagnóstico</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b> <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica

Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Centro Especializado de Enfermería <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Planificación Familiar <i>Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Dentro de la Red	
<b>Retail</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
Medicamento Genérico	Copago a partir de \$5 no cubierto	
Medicamentos de Marca Preferida	Copago a partir de \$50 no cubierto	
Medicamentos de Marca No Preferida	Copago a partir de \$100 no cubierto	
Medicina Especializada <i>(Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
<b>Entrega a Domicilio</b> <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Copago a partir de \$5 no cubierto	
Medicamentos de Marca Preferida	Copago a partir de \$50 no cubierto	
Medicamentos de Marca No Preferida	Copago a partir de \$100 no cubierto	
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar <a href="http://my.breckpoint.com">my.breckpoint.com</a> y registrarse en el portal.</i>		

### El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacia. Los Anticonceptivos para mujer aprobados por "FDA", se encuentran cubiertos al 100% (dentro de la red). No todos los fármacos se encuentran cubiertos. El presente plan de salud no cubre todos los gastos, contiene exclusiones y restricciones. El Socio Afiliado tendrá que revisar los documentos de su plan para determinar los servicios que se encuentran cubiertos y los que se encuentran exentos. A continuación, encontrará una lista parcial de los servicios y suministros que no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan tendrán excepciones a la lista. Estas excepciones son debido a los mandatos estatales o debido al plan adquirido por su trabajo o patrón.

### Lo que no está cubierto:

Todos los servicios médicos y hospitalarios no cubiertos o los que se encuentran limitados o excluidos dentro de su plan; Cargos relacionados con cirugía oftalmológica para corregir errores refractivos; Cirugía Cosmética, incluyendo reducción de senos; Cuidado custodial; Cuidado dental y de rayos x; Fecundación In Vitro; Procedimientos de Investigación y Experimentación; Problemas Auditivos; Vacunas para viajeros o trabajadores, Servicios de Infertilidad, incluyendo sin limitación a inseminación artificial y a tecnologías de reproducción avanzadas o a otros servicios relacionados, a menos que se encuentre especificado como cubierto en su plan; Servicios o Productos no médicos;

Ortopédicos;

Medicamentos sin Prescripción médica; Reversión de Esterilización; Servicios para el tratamiento de disfunción eréctil, incluyendo terapia, productos o consejería o enfermeras especializadas. Control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos; tratamientos médicos, programas de control y pérdida de peso, dietas y suplementos, inhibidor de apetito y otros medicamentos relacionados; Alimentos o Suplementos Alimenticios; Programas de ejercicio, equipo de ejercicio y cualquier otro producto cuya intención primordial sea controlar o perder peso, incluyendo obesidad mórbida o para el propósito de reducción de peso, sin importar la existencia de afecciones comórbidas.

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado.

Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

# PLAN PREFERRED

## ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red	First Health
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/\$725
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/\$1,450
Límite de desembolso individual de farmacia	\$5,000
Límite de gastos de bolsillo para farmacias familiares	\$10,000
<b>Preventivo y Bienestar</b> <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
<b>Utilizaciones de Médicos y Consultorios</b> <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	<b>10 utilizaciones por año</b>
Visita de Médico Familiar	\$25 co-pago
Visita Médico Especialista	\$35 co-pago
Visita de Clínica de Urgencias	\$50 co-pago
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Rayos X y Laboratorio	\$75 co-pago
Imagen	\$75 co-pago
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
<b>Transporte de Viaje Compartido</b> <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	\$150 max/año
<b>Programa de prescripción</b> <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	\$5-\$200 co-pay
<b>Clínica de Urgencias Virtual</b> <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado
<b>Dentales Virtual</b> <i>(Proporcionado por Teledentistry.com)</i>	Ilimitado

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- Reduzca los costos con más de 695,000 médicos dentro de la red.
- Red nacional incluida. Visite [www.firsthealthlbp.com](http://www.firsthealthlbp.com) para ubicar un proveedor participante.
- Un doctor asequible visitas y copagos de atención urgente.
- Sin copagos con atención urgente virtual 24/7. *(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)*
- Programa de prescripción incluido con copagos a \$5. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)*
- ¡NUEVO! Dentales Virtual *(Proporcionado por Teledentistry.com, consulte el inserto)*
- ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

Consulte el documento de especificaciones del plan para obtener más detalles.

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Esposo(a)	Empleado + Familia
PRICING				

# PLAN PREFERRED ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Selección de tú médico familiar</b>	No se requiere	No aplica
<b>Deducible</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
<b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b> <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	\$725 Individual \$1,450 Family	No aplica
<b>Farmacia de su Bolsillo Máximo</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)</b>	No aplica	Sin cobertura
<b>Referencia Obligatoria</b>	No se requiere	No aplica
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Clínica de Urgencias Virtual</b> <i>Servicio Proporcionado por MeMD</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>	\$25 de copago	Sin cobertura
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	\$35 de copago	Sin cobertura
<b>Maternidad Prenatal</b> <i>(Visita al Consultorio)</i>	\$25 de copago	Sin cobertura
<b>Salud mental/conductual</b> <i>(Visita al Consultorio)</i>	\$25 de copago	Sin cobertura
<b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Cuidado Preventivo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
<b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Mamografías de Rutina</b> <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Salud de la Mujer</b> <i>Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico</b> <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Detección del Cáncer de Colon</b> <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)</b> <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas</b> <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Procedimientos o Servicios de Diagnóstico</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>	\$75 de copago	Sin cobertura
<b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	\$75 de copago	Sin cobertura
<b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b> <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	\$75 de copago	Sin cobertura



Servicio Medico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Proveedor de atención urgente</b> <i>Limitado a 10 utilizaciones cada 12 meses.</i>	\$50 de copago	Sin cobertura
<b>Sala de Urgencias</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Ambulancia de Emergencia</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Ambulancia (Servicio sin emergencia)</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Centro Especializado de Enfermería</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios de Terapia y Rehabilitación</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Boca, Quijada y Dientes</b> <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Planificación Familiar</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por RxValet</i>	Opciones de descuento	
<b>Retail</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
<b>Medicamento Genérico</b>	Copago a partir de \$5 no cubierto	
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	Copago a partir de \$50 no cubierto	
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	Copago a partir de \$100 no cubierto	
<b>Medicina Especializada</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i> <i>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
<b>Entrega a Domicilio</b> <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
<b>Medicamentos Genéricos</b>	Copago a partir de \$5 no cubierto	
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	Copago a partir de \$50 no cubierto	
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	Copago a partir de \$100 no cubierto	
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar <a href="http://my.breckpoint.com">my.breckpoint.com</a> y registrarse en el portal.</i>		

#### El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacia.

Los Anticonceptivos para mujer aprobados por "FDA", se encuentran cubiertos al 100% (dentro de la red).

No todos los fármacos se encuentran cubiertos.

El presente plan de salud no cubre todos los gastos, contiene exclusiones y restricciones. El Socio Afiliado tendrá que revisar los documentos de su plan para determinar los servicios que se encuentran cubiertos y los que se encuentran exentos. A continuación, encontrará una lista parcial de los servicios y suministros que no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan tendrán excepciones a la lista. Estas excepciones son debido a los mandatos estatales o debido al plan adquirido por su trabajo o patrón.

#### Lo que no está cubierto:

Todos los servicios médicos y hospitalarios no cubiertos o los que se encuentran limitados o excluidos dentro de su plan; Cargos relacionados con cirugía oftalmológica para corregir errores refractivos; Cirugía Cosmética, incluyendo reducción de senos; Cuidado custodial; Cuidado dental y de rayos x; Fecundación In Vitro; Procedimientos de Investigación y Experimentación; Problemas Auditivos; Vacunas para viajeros o trabajadores, Servicios de Infertilidad, incluyendo sin limitación a inseminación artificial y a tecnologías de reproducción avanzadas

o a otros servicios relacionados, a menos que se encuentre especificado como cubierto en su plan; Servicios o Productos no médicos; Ortopédicos; Medicamentos sin Prescripción médica; Reversión de Esterilización; Servicios para el tratamiento de disfunción eréctil, incluyendo terapia, productos o consejería o enfermeras especializadas. Control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos; tratamientos médicos, programas de control y pérdida de peso, dietas y suplementos, inhibidor de apetito y otros medicamentos relacionados; Alimentos o Suplementos Alimenticios; Programas de ejercicio, equipo de ejercicio y cualquier otro producto cuya intención primordial sea controlar o perder peso, incluyendo obesidad mórbida o para el propósito de reducción de peso, sin importar la existencia de afecciones comórbidas.

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado.

Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

# PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO (MVP)

## ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Valor mínimo	✓
Red	Medicare Plus
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$7,600/\$7,600
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$15,200/\$15,200
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Visita de Médico Familiar	100% de MAC* después del deducible  *Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")
Visita Médico Especialista	
Visita de Clínica de Urgencias	
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	
Rayos X y Laboratorio	
Sala de Emergencias	
Ambulancia de Emergencia	
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	
Descuento de receta Rx <i>(Desarrollado por Shield PBM)</i>	
Transporte de Viaje Compartido	No incluido
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- ◀ **Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.**
- ◀ **Este plan tiene una red abierta. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de red.**
- ◀ **Sin copagos con atención urgente virtual 24/7.**  
*(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)*
- ◀ **Programa de prescripción incluido.** *(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)*
- ◀ **Brinda cobertura médica mayor. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente para obtener detalles adicionales.**

Consulte el documento de especificaciones del plan para obtener más detalles.

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
<b>COSTO MENSUAL</b>	\$498*	\$896.40*	No Ofrecido	No Ofrecido

\*tarifa sujeta a suscripción

# PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Selección de médicos de atención primaria</b>	No requerido	No aplica
<b>Deducible</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>Como se indica en el plan, los costos compartidos del miembro para ciertos servicios están excluidos de los cargos para alcanzar el deducible.</i>		
<i>Una vez que se alcanza el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su deducible por el resto del año del plan.</i>		
<b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> <i>(aplicable a todos los gastos a menos que se estipule lo contrario)</i>	0%	No aplica
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b> <i>(por año del plan, incluye deducible)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado hacia la red y el límite de OOP fuera de la red.</i>		
<i>Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite de OOP. Solo los gastos de OOP resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos se pueden usar para satisfacer el máximo de OOP.</i>		
<i>Una vez que se cumpla el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han cumplido su límite de pago por el resto del año del plan.</i>		
<b>Pago por atención fuera de la red</b>	No aplica	No aplica
<b>Requisito de referencia</b>	No se necesita	No aplica
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Clínica virtual de atención primaria</b> <i>Servicio Proporcionado por "Akos"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<i>*Sujeto al plan y al Importe Máximo Autorizado, esta información se estipula en el presente y en los documentos de su plan de salud. Revisar balance de facturación y monto máximo autorizado. Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Maternidad Prenatal</b> <i>(Visita de la oficina)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Cuidado preventivo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
<b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Mamografías de Rutina</b> <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Salud de la mujer</b> <i>Incluye: detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y cribado para Vih, cribado y consejería para la violencia interpersonal y doméstica, apoyo a la lactancia materna, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y consejería. Se pueden aplicar limitaciones.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen rectal digital rutinario / Prueba de antígeno prostático específico</b> <i>Para hombres cubiertos de 18 años y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Detección de Cáncer Colorrectal</b> <i>Para todos los miembros de la edad 50 y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes oculares de rutina (Refracción)</b> <i>Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Esterilización voluntaria - Ligadura</b> <i>Cubierto como un Servicio de atención preventiva de acuerdo con la reforma del cuidado de salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Laboratorio de diagnóstico ambulatorio</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> <i>(excepto para servicios de imágenes complejas)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Radiografía de diagnóstico ambulatoria para servicios de imágenes complejas</b> <i>(Incluyendo, entre otros, resonancias magnéticas, MRA, PET y CT)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Proveedor de atención urgente</b>	100% de MAC después del deducible *	100% de MAC después del deducible *
<b>Sala de emergencias</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Ambulancia de Emergencia</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Ambulancia no de emergencia</b>	Sin cobertura	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Atención hospitalaria</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas</b> <i>( que no sea visita al consultorio)</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Centro de enfermería especializada</b> <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Servicios de Terapia y Rehabilitación</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Equipo Médico Duradero</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Boca, Quijada y Dientes</b> <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Planificación Familiar</b> <i>Cubierto solo para el diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento</b> <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Opciones de descuento</b>
<b>Retail</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
<b>Medicamento Genérico</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicina Especializada</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i> <i>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Entrega a Domicilio</b> <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
<b>Medicamentos Genéricos</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica

*La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) y registrarse en el portal.*

#### **Monto Máximo Establecido:**

Favor de considerar que los proveedores de servicio no necesariamente consideran el pago del plan (monto máximo establecido) como el pago total, esto quiere decir que le pueden mandar una factura por la diferencia entre el costo del servicio y el monto máximo autorizado por su plan de salud. Usted será responsable de pagar este monto, el cual puede ser muy alto. Usted también será responsable por los cargos de servicios, por el material médico y los procedimientos que se encuentran con restricciones o excluidos de su plan de salud, al igual que cualquier deducible, coaseguro y/o copago que aplique.

#### **El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:**

Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo adquirido de una farmacia. Los Anticonceptivos Femeninos Genéricos, se encuentran aprobados por la "FDA" y serán cubiertos en su totalidad (dentro de la red). No todos los fármacos se encuentran cubiertos.

#### **Lo que no está cubierto:**

Todos los servicios médicos y hospitalarios no cubiertos o los que se encuentran limitados o excluidos dentro de su plan; Cargos relacionados con cirugía oftalmológica para corregir errores refractivos; Cirugía Cosmética, incluyendo reducción de senos; Cuidado custodial; Cuidado dental y de rayos x; Fecundación In Vitro; Procedimientos de Investigación y Experimentación; Problemas Auditivos;

Vacunas para viajeros o trabajadores, Servicios de Infertilidad, incluyendo sin limitación a inseminación artificial y a tecnologías de reproducción avanzadas o a otros servicios relacionados, a menos que se encuentre especificado como cubierto en su plan; Servicios o Productos no médicos; Ortopédicos; Medicamentos sin Prescripción médica; Reversión de Esterilización; Servicios para el tratamiento de disfunción eréctil, incluyendo terapia, productos o consejería o enfermeras especializadas. Control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos; tratamientos médicos, programas de control y pérdida de peso, dietas y suplementos, inhibidor de apetito y otros medicamentos relacionados; Alimentos o Suplementos Alimenticios; Programas de ejercicio, equipo de ejercicio y cualquier otro producto cuya intención primordial sea controlar o perder peso, incluyendo obesidad mórbida o para el propósito de reducción de peso, sin importar la existencia de afecciones comórbidas. El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado. Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

# DENTAL + VISIÓN

DENTAL + VISIÓN es un plan combinado de reembolso directo que paga los gastos dentales y de la vista. Sin períodos de espera, la estructura de reembolso escalonada comienza en el primer dólar y le permite maximizar sus beneficios potenciales. Elija ir a cualquier dentista o especialista en visión y recibir cualquier procedimiento médicamente necesario.

## EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



**LIMPIEZA DENTAL**



**ROOT CANAL**



**FILLINGS**



**DENTAL X-RAYS**



**ANNUAL EYE EXAM**



**FRAMES**



**LENSES**



**CONTACT LENSES**

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

<b>Network</b>	Not applicable
<b>Max Benefit Reimbursement</b>	\$1,000
<b>Waiting Period</b>	No waiting period
<b>COSTE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>REEMBOLSO</b>
<b>HASTA \$150</b>	<b>100%</b>
<b>\$151 - \$250</b>	<b>75%</b>
<b>\$251 - \$1,800</b>	<b>50%</b>
<b>\$1,801 - ARRIBA</b>	<b>0%</b>
Benefits for Dental and Vision are combined. *Benefit is based on an aggregate total of accumulated expenses per Covered Person during the calendar year.	

<b>Dental Benefits</b>	<b>Plan Pays</b>
<b>Dental Class I - Preventive &amp; Diagnostic Care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oral Exams</li> <li>Routine Cleanings</li> <li>Full Mouth X-rays</li> <li>Bitewing X-Ray</li> <li>Panoramic X-ray</li> <li>Fluoride Application</li> <li>Sealants</li> <li>Histopathologic Exams</li> </ul>	At Current Reimbursement Level
<b>Dental Class II - Basic Restorative Care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fillings</li> <li>Periapical X-rays</li> <li>Emergency Care to Relieve Pain</li> <li>Root Canal Therapy/Endodontics</li> <li>Periodontal Scaling and Root Planing</li> <li>Oral Surgery – Simple Extractions</li> <li>Oral Surgery – all except simple Extractions</li> <li>Surgical Extractions of Impacted Teeth</li> <li>Anesthetics</li> <li>Space Maintainers</li> </ul>	At Current Reimbursement Level
<b>Dental Class III - Major Restorative Care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crowns</li> <li>Dentures</li> <li>Prosthesis Over Implant</li> <li>Repairs to Bridges, Crowns and Inlays</li> <li>Denture Adjustments and Repairs</li> <li>Bridges</li> <li>Inlays/Onlays</li> </ul>	At Current Reimbursement Level
<b>Vision Benefits</b>	<b>Plan Pays</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Routine Examination Services</li> <li>Lenses – including, single, bifocal or trifocal</li> <li>Contact Lens</li> <li>Frames</li> </ul>	At Current Reimbursement Level

	<b>Empleado</b>	<b>Empleado + Hijo(s)</b>	<b>Empleado + Espos(a)</b>	<b>Empleado + Familia</b>
<b>COSTO</b>	\$30.00	\$49.20	\$54.80	\$74.00

# DENTAL + VISION PLAN BENEFIT LIMITATIONS

Dental Procedure	Limitations	Dental Procedure	Limitations
<b>Exams</b>	Two per calendar year	<b>Prophylaxi (Cleanings)</b>	Two per calendar year
<b>Fluoride</b>	1 per calendar year for people under 20	<b>Sealants</b>	One treatment per tooth every three years up to age 14
<b>x-Rays (routine)</b>	Bitewings: 2 per calendar year	<b>X-Rays (non-routine)</b>	Full mouth: 1 every 36 consecutive months., Panorex: 1 every 36 consecutive months
<b>Crowns and Inlays</b>	Replacement every 5 years	<b>Bridges</b>	Replacement every 5 years
<b>Dentures and Partial</b>	Replacement every 5 years	<b>Surgeries (ALL)</b>	Limited to removal of teeth, preparation of the mouth for dentures and removal of tooth-generated cysts.
<b>Relines, Rebases</b>	Covered if more than 6 months after installation	<b>Adjustments</b>	Covered if more than 6 months after installation
<b>Repairs - Bridges</b>	Reviewed if more than once	<b>Repairs - Dentures</b>	Reviewed if more than once
<b>Prosthesis Over Implant</b>	1 per 60 consecutive months if unserviceable and cannot be repaired. Benefits are based on the amount payable for non- precious metals. No porcelain or white/tooth colored material on molar crowns or bridges	<b>Missing Tooth Limitation</b>	Teeth missing prior to coverage under the Dental Plan are not covered. Pretreatment review is available on a voluntary basis when extensive dental work in excess of \$200 is proposed.
<b>Space Maintainers</b>	Limited to non-orthodontic treatment		
Vision Procedure	Limitations	Vision Procedure	Limitations
<b>Complete Eye Exam</b>	One per calendar year	<b>Frames</b>	One frame every two calendar Years.
<b>Frame-type Lenses</b>	One per calendar year	<b>Contact Lens</b>	One per calendar year

## Dental + Vision Benefit Exclusions:

- Care, treatment or supplies for which a charge was incurred before a person was covered under this Plan.
- Services that are deemed to be medical services.
- Services and supplies received from a hospital.
- Charges which the person is not legally required to pay.
- Charges made by a hospital which performs services for the U.S. Government if the charges are directly related to a condition connected to a military service.
- Experimental or investigational procedures and treatments.
- Any injury resulting from, or in the course of, any employment for wage or profit.
- Any sickness covered under any workers' compensation or similar law.
- Charges in excess of the reasonable and customary allowances.
- To the extent that payment is unlawful where the person resides when the expenses are incurred;
- For charges which would not have been made if the person had no insurance;
- For charges for unnecessary care, treatment or surgery;
- To the extent that you or any of your Dependents is in any way paid or entitled to payment for those expenses by or through a public program, other than Medicaid;
- To the extent that benefits are paid or payable for those expenses under the mandatory part of any auto insurance policy written to comply with a "no-fault" insurance law or an uninsured motorist insurance law.
- In addition, these benefits will be reduced so that the total payment will not be more than 100% of the charge made for the Dental Service if benefits are provided for that service under this plan and any medical expense plan or prepaid treatment program sponsored or made available by your Employer.

## Dental Specific Benefit Exclusions:

- Services performed primarily for cosmetic reasons.
- Replacement of a lost or stolen appliance.
- Replacement of a bridge or denture within five years following the date of its original installation.
- Replacement of a bridge or denture which can be made useable according to accepted dental standards.
- Procedures, appliances or restorations, other than full dentures, whose main purpose is to change vertical dimension, diagnose or treat conditions of TMJ, stabilize periodontally involved teeth, or restore occlusion.
- Veneers of porcelain or acrylic materials on crowns or pontics on or replacing the upper and lower first, second and third molars.
- Bite registrations; precision or semi-precision attachments; splinting.
- Instruction for plaque control, oral hygiene and diet.
- Dental services that do not meet common dental standards.
- Procedures performed by a Dentist who is a member of the covered person's family (covered person's family is limited to a spouse, siblings, parents, children, grandparents, and the spouse's siblings and parents)

## Vision Specific Benefit Exclusions:

- Artificial eyes, if medically necessary, are covered under the Medical Plan.
- Charges for orthoptics (eye muscle exercises) vision training or surgical treatment of the eye.
- Charges for Radial keratotomy or other eye surgery for improvement of visual acuity or refractive disorders. Also, routine eye examinations, including refractions, lenses for the eyes and exams for their fitting.

*This benefit summary highlights some of the benefits available under Plan Document and Summary Plan Description.*



# ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

Proporcionado por **MeMD**

Usted y su familia tendrán acceso a MeMD - Su nuevo servicio de telesalud. Telehealth le permite comunicarse con un proveedor médico por teléfono, aplicación o cámara web cuando el acceso a su médico habitual no está disponible sin costo alguno para usted. Esto lo puede usar para muchos de los problemas provistos por los centros de atención de urgencia.

Nuestro equipo médico incluye MD, DO, NP y PA (proveedores médicos con licencia de EE. UU. Y certificados por la junta) que tienen un promedio de más de 16 años de experiencia. Pueden brindarle un plan de tratamiento personalizado y enviar recetas directamente a su farmacia.

El programa estará disponible para usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos hasta los 26 años. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Es posible que se requiera una cámara web en ciertos estados.



## CÓMO INSCRIBIRSE:

RASO  
1

**Acceda a su cuenta MeMD descargando la aplicación e ingresando el código de su plan cuando se le solicite**

**Visita:** [www.MeMD.me/app-store](http://www.MeMD.me/app-store) **Código de plan:** MQ967N4T

**O visitando su sitio web MeMD:** [www.MeMD.me/group/breckpoint](http://www.MeMD.me/group/breckpoint)

*(use Google Chrome para la mejor experiencia de navegación)*

RASO  
2

**Solicitar un examen**

Para problemas de salud que no sean de emergencia, puede solicitar un examen con su teléfono, tableta o computadora.

RASO  
3

**Hable con un proveedor y obtenga tratamiento**

Su proveedor de MeMD revisará su historial médico, hará preguntas y recomendará un plan de tratamiento.



# CUIDADO RX MEJORADO DE RECETA

Proporcionado por **SHIELD** PBM

## LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

No tendrá que preocuparse por el alto costo de 95 medicamentos comunes. Esto se debe a que un Programa de Medicamentos MEC (Cobertura Esencial Mínima) sin costo incluye 95 medicamentos ACA (Ley de Cuidado de Salud Asequible) sin costo, además de grandes descuentos en todos los demás medicamentos. Considérenos su defensor del ahorro farmacéutico. Nuestro equipo de atención al cliente en vivo está aquí para ayudarlo a encontrar el precio más bajo en medicamentos disponibles.

Ir **BreckpointRx.com**, entra tu **IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO** y **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO** para registrarse.

### NUESTRO PROGRAMA CUBRE:

- ◀ Amoxicillin
- ◀ Azithromycin (Z-Pak)
- ◀ Ciprofloxacin
- ◀ Hydrocortisone
- ◀ Meclizine
- ◀ Naproxen
- ◀ Prednisone
- ◀ Tessalon
- ◀ y más!

### DROGAS COMO:

- ◀ Atorvastatin
- ◀ Bupropion
- ◀ Cholecalciferol
- ◀ Junel
- ◀ Lovastatin
- ◀ Nonoxynol
- ◀ Tamoxifen
- ◀ Viorele
- ◀ y muchas más!



## 3 MANERAS DE AHORRAR

- 1. TARJETA RX** - Presente su tarjeta de membresía impresa o electrónica en cualquier farmacia minorista (más de 67,000 en la red) y si está en el formulario, no pague nada. Si no está en el formulario de \$ 0.00, su costo de bolsillo se basa en un precio con un gran descuento.
- 2. PAGUE ANTES DE IR** - Ahorre hasta un 25% más ANTES de ir al farmacia pagando por adelantado sus medicamentos y aproveche una red en línea más amplia.
- 3. PEDIDO POR CORREO** - Opciones seguras de entrega a domicilio en línea con hasta un 50% de ahorro y disfrute de la función de recarga automática para sus recetas periódicas y medicamentos de mantenimiento.





# DENTALES VIRTUAL

Proporcionado por



**TELEDENTISTRY**  
Your Dentist, Anytime Anywhere®

## SU DENTISTA, EN CUALQUIER MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR

Las visitas a la sala de emergencias a menudo proporcionan poco más que analgésicos y antibióticos a los pacientes dentales. Esto cuesta más de tres veces más que una visita al dentista de rutina. Teledentistry moderniza el proceso de exámenes dentales y pone a los empleados en contacto con un dentista, en cualquier momento y lugar. La aplicación para teléfonos inteligentes brinda acceso a un dentista las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año durante una emergencia dental y ayuda a los empleados a elegir un dentista para recibir atención definitiva.

## CÓMO FUNCIONA TELEDENTISTRY.COM

PASO  
1

El empleado llama Teledentistry.com usando su aplicación para teléfono inteligente o tableta.

PASO  
2

El agente transmite al titular de la póliza a la red de dentistas 24 horas al día, 7 días a la semana.

PASO  
3

Se realiza una consulta de video con el dentista y si es necesario se solicitan recetas.

PASO  
4

El paciente es derivado a un dentista local para la atención de seguimiento.



Teléfono: 725.527.7797

Email: [support@teladentistry.com](mailto:support@teladentistry.com)

<https://teladentistry.com/portal/clinic/patientSignup.php?clinic=156>

# FORMATO DE REGISTRO



**breckpoint**<sup>®</sup>  
LEAD TOGETHER

**A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO** Favor de llenar el presente Formato de Registro y regresarlo al Departamento de Recursos Humanos de la empresa para la que trabajas.

Nombre:		Teléfono:	
No. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Correo:		Apt. #:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

**B. SELECCIONE SU OPCIÓN:** Seleccione solo una opción.

MEC	COSTO	PREFERRED	COSTO
<input type="checkbox"/> Empleado		<input type="checkbox"/> Empleado	
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)		<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)		<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia		<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	
<b>COMPLIANCE MVP</b>	Llame al <b>1.844.300.6497</b> para registrarse.	<b>DENTAL + VISIÓN</b>	<b>COSTO</b>
		<input type="checkbox"/> Empleado	<b>\$30.00</b>
		<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	<b>\$49.20</b>
		<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	<b>\$54.80</b>
		<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<b>\$74.00</b>

**C. INFORMACIÓN DEPENDIENTE REQUERIDA**

Nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico

**D. FIRMA REQUERIDA** DEBE firmar y fechar incluso si rechaza la cobertura.

**Elección de la cobertura:** He leído y entiendo la Elección de la Cobertura.

Es a mi entender que el hecho de haber llenado el presente formato, no implica que se haya aceptado el seguro. De igual manera, entiendo que la cobertura entrará en vigor únicamente si este documento es aprobado por el patrocinador del plan y cuando el plan haya sido financiado completamente y haya cumplido con todos los requisitos, en la fecha señalada y según lo estipulado en la lista del Plan de Documentos.

**Acepto las opciones de cobertura seleccionadas**

Fecha:	Firma:
--------	--------

*En el caso de haber un cambio en el Formato de Registro, éste necesita ser rubricado, fechado y firmado por el empleado.*

# RECONOCIMIENTO Y RENUNCIA VOLUNTARIA

---



## E. FIRMA REQUERIDA

**Renuncia Voluntaria:** Yo, el empleado abajo firmante, entiendo y reconozco lo siguiente: Mi empleador me ofreció la oportunidad de registrarme en un plan de salud patrocinado y a bajo costo, el cual cumple con lo estipulado por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio (“ACA”) para el periodo correspondiente;

- No voy a solicitar créditos ni subsidios gubernamentales para adquirir un seguro de salud individual en el mercado estatal o federal,
- No voy a tener en cobertura a mis dependientes bajo el plan ofrecido por mi empleador/patrón, y
- No voy a poder registrarme en el plan ofrecido por mi empleador hasta el siguiente periodo de inscripción, a menos que exista un cambio en mi estatus o por otra circunstancia específica.

**A excepción de las opciones seleccionadas (en el caso de aplicar) yo, rechazo y renuncio voluntariamente a la cobertura de salud a bajo precio patrocinada por mi empleador, la cual se ofreció por medio el presente documento. He leído y entiendo las consecuencias de mi renuncia voluntaria.**

Fecha:

Firma:

# CUMPLIMIENTO PLAN DE VALOR MÍNIMO

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

Cobertura para: Empleado / niño(s) | Tipo de plan: Medicare Plus

### Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

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 (llamada 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, visite [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como **monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor** u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$7,600.00 proveedores participantes individuales \$15,200.00 proveedores familiares participantes	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	YSi. Atención preventiva dentro de la red (adultos y niños)	Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$7,600.00 proveedores participantes individuales \$15,200.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas; cantidades sobre la cantidad permitida; y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	No. Puede buscar tratamiento de cualquier médico/hospital/proveedor con licencia de los servicios médicos de su elección y el Plan pagará beneficios por los gastos cubiertos en función de un Cargo permitido.	Este plan trata a los proveedores de la misma manera al determinar el pago de todos los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su deducible, si se aplica un deducible. Los cargos máximos permitidos (MAC) se utilizan como el cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. El programa de tarifas se aplica a los códigos de facturación del proveedor (CPT, DRG, etc.) y cubrirá la mayoría de los cargos realizados por los proveedores. El cronograma de reembolso es el 125% de la tasa de reembolso de Medicare para médicos y el 145% de la tasa de reembolso de Medicare para instalaciones. Esto significa que el reembolso se establece en un 25% y un 45% más bajo este plan de lo que se paga por proporcionar el mismo servicio a un paciente de Medicare. Cualquier cargo del proveedor que exceda el MAC no será un gasto cubierto bajo los términos de este plan y será responsabilidad de la persona cubierta. Los cargos permitidos por servicios cubiertos que no tienen el precio equivalente de Medicare serán el 45% de los cargos facturados.

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Atención preventiva / detección / inmunización	Sin cargo, no se aplica el deducible	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el <b>Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. (USPSTF)</b> , a menos que se indique específicamente este Programa de beneficios, y se puede ubicar utilizando los siguientes sitios web: <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</a>
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Visita de especialista	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios quiroprácticos	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si tienes una prueba</b>	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Imágenes (CT/PET, MRI)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados. Está disponible en <a href="http://www.ShieldPBM.com">www.ShieldPBM.com</a>	Drogas preventivas	En farmacia y pedidos por correo: sin cargo, no se aplica el deducible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados que el Plan no paga están disponibles con un descuento fuera de la venta minorista a través de Shield PBM.
	Drogas genericas	En farmacia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Pedido por correo: sin cargo después del deducible, el saldo a través de MAC no es elegible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados que el Plan no paga están disponibles con un descuento fuera de la venta minorista a través de Shield PBM. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Drogas marca preferida		
	Drogas marca no preferida		
Medicamentos especializados	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista). El pedido por correo no está cubierto. Llame a Shield PBM o visite su sitio web para obtener más información. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.	

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si tiene cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. Ej., Centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Honorarios de médico / cirujano	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita atención médica inmediata.</b>	Cuidado de la sala de emergencias	Para emergencias médicas: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Cuidado urgente	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa de la instalación	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Honorarios de médico / cirujano	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Salud mental y del comportamiento: Visitas al consultorio: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Atención intermedia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Abuso de sustancias: visitas al consultorio: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Atención intermedia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de hospitalización	Salud mental y conductual: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Abuso de sustancias: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Cuidados de salud en el hogar	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de rehabilitación	Terapia ocupacional o terapia del habla o terapia física: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de habilitación	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Los servicios están limitados a 20 visitas por persona cubierta por año. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Cuidados de enfermería especializada	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Limitado a 120 días comenzando a más tardar 14 días después de una internación de 3 días en el hospital. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Equipo médico duradero	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicio de hospicio	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Terminal illness with death expectancy in 6 months or less. You are responsible for provider charges over MAC.

## 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
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños) a menos que lo ordene La Ley de Asistencia Asequible
- Tratamientos o procedimientos experimentales
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viajafuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) a menos que lo exija La Ley de Asistencia Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso (a menos que se cumplan las disposiciones del plan)

### Otros servicios cubiertos:

(Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Cuidado quiropráctico
- Servicios de habilitación limitados a 20 visitas por persona cubierta por año
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)

### Otros productos auxiliares:

- Además de los beneficios de este plan, tiene otras opciones de servicios que incluyen telesalud y otros proveedores de servicios. Consulte su guía de inscripción o RR. Representante para más información.

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja 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 proporcionan 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: el patrocinador del plan al (844) 798-4878 o el administrador de reclamos del plan al (844) 798-4878, o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Beneficios para empleados Administración de Seguridad al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.** Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

**¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Si.** 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.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.



**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**

**Este 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 dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use 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 en una cobertura exclusiva.

<b>Peg está teniendo un bebé</b> (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)	
El deducible general del plan	<b>\$7,900.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto / parto, servicios en el centro de parto / parto, Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre), Visita al especialista (anestesia)	
Costo total de ejemplo	<b>\$12,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$7,900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$7,900</b>

<b>Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	
El deducible general del plan	<b>\$7,900.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos recetados, Equipo médico duradero (medidor de glucosa)	
Costo total de ejemplo	<b>\$7,400</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$7,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$7,400</b>

<b>La fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	<b>\$7,900.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Atención en la sala de emergencias (incluidos suministros médicos), Prueba de diagnóstico (rayos X), Equipo médico duradero (muletas), Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
Costo total de ejemplo	<b>\$1,050</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$1,050
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,050</b>

El plan sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLO de servicios cubiertos.

# PLAN MEC RX CARE

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

Cobertura para: Empleado/Familia | Tipo de plan: Medicare Plus

### Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

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 (llamada 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, visite [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de **términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor** u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$0.00 individual \$0.00 proveedores familiares participantes	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?	No. No hay otros deducibles específicos.	No hay deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo en sus gastos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados para este plan?	\$5,000 individual \$10,000 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo de recetas hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de recetas familiares
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo en sus gastos.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	No. Puede buscar tratamiento de cualquier médico/hospital/proveedor con licencia de los servicios médicos de su elección y el Plan pagará beneficios por los gastos cubiertos en función de un Cargo permitido.	Este plan trata a los proveedores de la misma manera al determinar el pago de todos los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**. Los Cargos Máximos Permitidos (MAC) se utilizan como el cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. El programa de tarifas se aplica a los códigos de facturación del proveedor (CPT, DRG, etc.) y cubrirá la mayoría de los cargos realizados por los proveedores. El cronograma de reembolso es del 150% de la tasa de reembolso de Medicare para médicos y del 150% de la tasa de reembolso de Medicare para instalaciones. Esto significa que el reembolso se establece en un 50% más bajo este plan de lo que se paga por proporcionar el mismo servicio a un paciente de Medicare.

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Atención preventiva/detección/ inmunización	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF), a menos que se especifique específicamente este Programa de Beneficios, y puede ubicarse en los siguientes sitios web: <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</a>
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No está cubierto	Ninguno
	Visita de especialista	No está cubierto	Ninguno
<b>Si tienes una prueba</b>	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	No está cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/ PET, resonancias magnéticas)	No está cubierto	Ninguno
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b> Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en <a href="http://www.BreckpointRX.com">www.BreckpointRX.com</a>	Drogas preventivas	En farmacia y pedido por correo: Cubierto, sin desembolso adicional, no se aplica el deducible (solo para medicamentos preventivos)	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en el comercio minorista.
	Drogas genericas	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 5.00	
	Medicamentos de marca preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 50.00	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en el comercio minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 100.00	
	Medicamentos especiales	No está cubierto	

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
<b>Si tiene cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios de médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si necesita atención médica inmediata.</b>	Cuidado de la sala de emergencias	No está cubierto	No está cubierto
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto
	Atención de urgencias	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios de médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Salud mental y del comportamiento: No está cubierto Abuso de sustancias: No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de hospitalización	Salud mental y conductual: No está cubierto Abuso de sustancias: No está cubierto	No está cubierto
<b>Sí estas embarazada</b>	Visitas a la oficina	No está cubierto	A menos que sea para servicios preventivos.
	Servicios profesionales de parto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de parto	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Cuidados de salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto
	Enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto
	Servicio de hospicio	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
	Gafas para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.

## 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
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
- Tratamientos o procedimientos experimentales.
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) amén que lo exija la Ley de Atención Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Programas de pérdida de peso (a menos que se cumplan las disposiciones del plan)

### Otros servicios cubiertos:

*(Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)*

- Verifique su póliza o documento del plan

### Otros productos auxiliares:

- Además de los beneficios de este plan, tiene otras opciones de servicios que incluyen telesalud y otros proveedores de servicios. Consulte su guía de inscripción o RR. Representante para más información.

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja 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 proporcionan 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: el patrocinador del plan al (844) 798-4878 o el administrador de reclamos del plan al (844) 798-4878, o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Beneficios para empleados Administración de Seguridad al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.** Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, debe realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

**¿Este plan cumple con el estándar 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.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**

**Este 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 dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use 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 en una cobertura exclusiva.

<b>Peg está teniendo un bebé</b> (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Proveedor de atención primaria	<b>\$0.00</b>
Hospital (instalación)	<b>\$0.00</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto/parto, Servicios en centros de parto/parto, Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre), Visita al especialista (anestesia)	
<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
Compartir costos	
<b>Deducibles</b>	\$0
<b>Copagos</b>	\$0
<b>Coseguro</b>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$12,800
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$12,800</b>

<b>Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Proveedor de atención primaria	<b>\$0.00</b>
Hospital (instalación)	<b>\$0.00</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos con receta, Equipo médico duradero (medidor de glucosa)	
<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
Compartir costos	
<b>Deducibles</b>	\$0
<b>Copagos</b>	\$0
<b>Coseguro</b>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$7,400
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$7,400</b>

<b>La fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Proveedor de atención primaria	<b>\$0.00</b>
Hospital (instalación)	<b>\$0.00</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Atención en la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos), Prueba de diagnóstico (rayos X), Equipo médico duradero (muletas), Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$1,050</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
Compartir costos	
<b>Deducibles</b>	\$0
<b>Copagos</b>	\$0
<b>Coseguro</b>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$1,050
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,050</b>

El plan sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLO de servicios cubiertos.

# PLAN PREFERIDO

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

**Período de cobertura:** 01 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021  
**Cobertura para:** Empleado/Familia | **Tipo de plan:** Beneficios Limitados

### Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

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 (llamada 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, visite [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como **monto permitido**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com) o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$0.00 individual \$0.00 proveedores familiares participantes	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?	No. No hay otros deducibles específicos.	No hay deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$725.00 proveedores participantes individuales \$1,450.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de bolsillo de la familia.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados para este plan?	\$5,000.00 proveedores participantes individuales \$10,000.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo de recetas hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de recetas familiares.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas; cantidades sobre la cantidad permitida; y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Si. Consulte su I.D. tarjeta para identificar el logotipo de la red. Visite <a href="http://my.breckpoint.com">my.breckpoint.com</a> , <b>haga clic en ENCONTRAR UN PROVEEDOR</b> y seleccione el logotipo de red apropiado que coincida con su identificación. tarjeta. Consulte el documento de su plan para obtener más información sobre su proveedor participante. También puede llamar al (844) 798-4878 si tiene alguna pregunta.	Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza 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 de saldo).
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	No Puede ver al especialista que elija sin una referencia. Recuerde, los beneficios no están cubiertos si elige un proveedor especialista no participante.

Todos los costos de copago y coseguro 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 Necesitar	Lo Que Pagarás		Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Atención preventiva / detección / inmunización	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	No está cubierto	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF), a menos que se especifique específicamente este Programa de Beneficios, y puede ubicarse en los siguientes sitios web: <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</a> Solo es elegible para servicios preventivos no participantes (atención preventiva) si el servicio preventivo no es proporcionado por un proveedor participante.
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25.00 copago	No está cubierto	Las visitas de atención primaria, especialistas y visitas de atención urgente se limitan a un total de 10 visitas por persona cubierta por año.
	Visita de especialista	\$35.00 copago	No está cubierto	Las visitas de atención primaria, especialistas y visitas de atención urgente se limitan a un total de 10 visitas por persona cubierta por año.
	Transporte de viaje compartido	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	No está cubierto	Reembolso por viajes compartidos, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas hasta \$ 150.00 por familia cubierta por año.
<b>Si tienes una prueba</b>	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	\$75.00 copago	No está cubierto	Limitado a 2 utilización por persona cubierta por año.
	Imagenología (CT / PET scan, MRI)	\$75.00 copago	No está cubierto	Limitado a 1 utilización por persona cubierta por año.



Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás		Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en <a href="http://www.BreckpointRX.com">www.BreckpointRX.com</a> .	Drogas preventivas	En farmacia y pedidos por correo: sin cargo solo por medicamentos preventivos	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (Pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en la venta minorista.
	Drogas genericas	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 5.00	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$50.00	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (Pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en la venta minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$100.00	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	No está cubierto	No está cubierto	
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios del médico / cirujano	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Atención en la sala de emergencias	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Cuidado urgente	Copago de \$50.00	No está cubierto	Las visitas de atención primaria, las visitas a especialistas y las visitas de atención de urgencia se limitan a un total de 10 visitas por persona cubierta por año.
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	Tarifa de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios del médico / cirujano	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás		Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Salud mental y conductual: sin cobertura	No está cubierto	No está cubierto
		Abuso de sustancias: no cubierto		
	Servicios de hospitalización	Salud mental y conductual: sin cobertura	No está cubierto	No está cubierto
		Abuso de sustancias: no cubierto		
<b>Sí esta embarazada</b>	Visitas a la oficina	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios profesionales de parto / parto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de parto / parto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Cuidados de salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Cuidados enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicio de hospicio	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
<b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Gafas para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible

## 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
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
- Tratamientos o procedimientos experimentales
- Servicios de autorización
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Programas de pérdida de peso (a menos que se cumplan las disposiciones del plan)

### Otros servicios cubiertos:

*(Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)*

- Verifique su póliza o documento del plan

### Otros productos auxiliares:

- Además de los beneficios de este plan, tiene otras opciones de servicios que incluyen telesalud y otros proveedores de servicios. Consulte su guía de inscripción o RR. Representante para más información.

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja 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 proporcionan 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: el patrocinador del plan al (844) 798-4878 o el administrador de reclamos del plan al (844) 798-4878, o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.** Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

**¿Este plan cumple con el estándar 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.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*

### Acerca de estos ejemplos de cobertura:

**Este 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 dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use 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 en una cobertura exclusiva.

<b>Peg está teniendo un bebé</b> (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Copago de proveedor de atención primaria	<b>\$25.00</b>
Coseguro de hospital (instalaciones)	<b>Not Covered</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto / parto, servicios en el centro de parto / parto, Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre), Visita al especialista (anestesia)	
<b>Costo Total de Ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$25
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$12,610
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$12,635</b>

<b>Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Copago de proveedor de atención primaria	<b>\$25.00</b>
Coseguro de hospital (instalaciones)	<b>Not Covered</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos con receta, Equipo médico duradero (medidor de glucosa)	
<b>Costo Total de Ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$6,800
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$6,900</b>

<b>La fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	<b>\$0.00</b>
Copago de proveedor de atención primaria	<b>\$25.00</b>
Coseguro de hospital (instalaciones)	<b>Not Covered</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Atención en la sala de emergencias (incluidos suministros médicos), Prueba de diagnóstico (rayos X), Equipo médico duradero (muletas), Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
<b>Costo Total de Ejemplo</b>	<b>From \$1,050 to \$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$25 to \$75
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$350 to \$2,050
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$600 to \$3,325</b>

El plan sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLO de servicios cubiertos.