



**breckpoint**<sup>SM</sup>

LEAD TOGETHER

# GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

**Employer Name:** Davis Staffing, Inc.  
**Group ID #:** C003198  
**Plan Coverage Dates:** 01/01/2020-12/31/2020

Disponible en Español, favor de comunicarse; 1.844.300.6497

# MANTENIÉNDOTE 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 4 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

### VÍA TEXTO, ENVÍE “ENROLL” AL 702-529-5229

Recibirá un enlace para configurar su cuenta.

3

### LLAMANOS

Llame a nuestro Centro de información y uno de nuestros representantes lo ayudará. Disponible de lunes a viernes. 7:00 am – 5:00 pm PST al 1.844.300.6497. Representantes que hablan Inglés y Español están disponible.

4

### 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 cardiovascular es**
- **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 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)








# 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     |
| <b>Cuidado Preventivo</b><br>Cubierto sin gastos de bolsillo.   | 100%            |
| <b>Utilizaciones de Médicos y Consultorios</b><br>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado. | ---             |
| <b>Visita de Médico Familiar</b>  | No incluido     |
| <b>Visita Médico Especialista</b>   | No incluido     |
| <b>Visita de Clínica de Urgencias</b>   | No incluido     |
| <b>Maternidad pre / post natal</b> (visita al consultorio)  | No incluido     |
| <b>Salud mental / conductual</b> (visita al consultorio)  | No incluido     |
| <b>Rayos X y Laboratorio</b>  | No incluido     |
| <b>Imagen</b>   | No incluido     |
| <b>Sala de Emergencias</b>  | No incluido     |
| <b>Ambulancia de Emergencia</b>   | No incluido     |
| <b>Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria</b>   | No incluido     |
| <b>Descuento de Farmacia</b> (Prescripción)   | Incluido        |
| <b>Transporte de Viaje Compartido</b><br>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.        | No incluido     |
| <b>Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)</b>  | Ilimitado       |
| <b>Rx Care</b><br><i>Proporcionado por Best Choice Rx. Consulte el inserto para obtener más información.</i>  | Copagos de \$10 |
| <b>Primary Care Virtual Clinic Membership</b><br><i>Proporcionado por MedLion Clinic. Consulte el inserto para obtener más información.</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 para obtener más información)
-  **Programa de prescripción incluido** (Proporcionado por Best Choice Rx, consulte el inserto para obtener más información)

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

|                      | Empleado | Empleado + Hijo(s) | Empleado + Espos(a) | Empleado + Familia |
|----------------------|----------|--------------------|---------------------|--------------------|
| <b>COSTO SEMANAL</b> | \$8.47   | \$16.94            | \$21.17             | \$29.64            |

# 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><br>(por cada año del plan)   | \$0 Individual<br>\$0 Familiar | No aplica              |
| <b>Coaseguro del Socio Afiliado</b><br>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)  | 0%                             | No aplica              |
| <b>Gastos de Médico a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b><br>(por cada año del plan, incluye deducible)   | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica              |
| <b>Gastos de Farmacia a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b><br>(por cada año del plan)  | \$5,000                        | No aplica              |
| El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).  |                                |                        |
| El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos de Farmacia a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos de médico 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 de médico a cargo del socio afiliado. |                                |                        |
| Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.   |                                |                        |
| <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 de Urgencias Virtual</b> Servicio Proporcionado por "MeMD"   | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica              |
| Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.  |                                |                        |
| <b>Consulta con Médicos Especialistas</b>   | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica              |
| <b>Maternidad Prenatal</b> (Visita en Consultorio)  | 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> |
| 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.   |                                |                        |
| <b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".   | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Mamografías de Rutina</b> Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Salud de la Mujer</b> 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  | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico</b> Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Detección del Cáncer de Colon</b> Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)</b> Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |
| <b>Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas</b> Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.  | Cubierto en su totalidad       | No aplica              |

| Procedimientos o Servicios de Diagnóstico  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red       |
|--|--|-----------------------|
| <b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b><br>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| Servicio Médico de Emergencia  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red       |
| <b>Cuidado Intensivo</b>   | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Sala de Urgencias</b>   | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Ambulancia de Emergencia</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Ambulancia (Servicio sin emergencia)</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| 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 en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Centro Especializado de Enfermería</b> La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Servicios de Terapia y Rehabilitación</b>   | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Equipo Médico Duradero</b>  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Boca, Quijada y Dientes</b> Procedimientos de Cirugía Oral  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| <b>Planificación Familiar</b> Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.  | Sin cobertura en su totalidad  | No aplica             |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento<br>Proporcionado por Best Choice Rx   | Dentro de la Red   | Opciones de descuento |
| <b>Retail</b> (Suministro de hasta 30 días)  |  |                       |
| <b>Medicamento Genérico</b>  | Copay starting at \$10   | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Copay starting at \$50   | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Copay starting at \$100  | Incluido              |
| <b>Medicina Especializada</b> (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, medicamento de especialidad inyectable y de administración oral mayor a \$200, excluye insulina y no se aplica al monto máximo de desembolso directo. | Para obtener más información, opciones de ayuda internacional y para prescripciones medicas – favor de llamar a atención a clientes. | Incluido              |
| <b>Entrega a Domicilio</b> (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)  |  |                       |
| <b>Medicamentos Genéricos</b>  | Copay starting at \$10   | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Copay starting at \$50   | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Copay starting at \$100  | Incluido              |
| 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.        |  |                       |

**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 PRO

## ESTE PLAN INCLUYE:

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Cobertura Esencial Mínima</b>  | ✓                              |
| <b>Red</b>  | First Health                   |
| <b>Cobertura Fuera de la Red</b>  | No                             |
| <b>Deducible individual / Límite de bolsillo</b>  | \$0/\$400                      |
| <b>Deducible familiar / Límite de bolsillo</b>  | \$0/\$800                      |
| <b>Preventivo y Bienestar</b><br>Cubierto sin gastos de bolsillo.   | 100%                           |
| <b>Utilizaciones de Médicos y Consultorios</b><br>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado. | <b>8 utilizaciones por año</b> |
| <b>Visita de Médico Familiar</b>  | \$25 co-pago                   |
| <b>Visita Médico Especialista</b>   | \$35 co-pago                   |
| <b>Visita de Clínica de Urgencias</b>   | \$50 co-pago                   |
| <b>Maternidad pre / post natal</b> (visita al consultorio)  | No incluido                    |
| <b>Salud mental / conductual</b> (visita al consultorio)  | No incluido                    |
| <b>Rayos X y Laboratorio</b>  | No incluido                    |
| <b>Imagen</b>   | No incluido                    |
| <b>Sala de Emergencias</b>  | No incluido                    |
| <b>Ambulancia de Emergencia</b>   | No incluido                    |
| <b>Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria</b>   | No incluido                    |
| <b>Descuento de Farmacia</b> (Prescripción)   | Incluido                       |
| <b>Transporte de Viaje Compartido</b><br>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.        | \$150 max/año                  |
| <b>Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)</b>  | Ilimitado                      |
| <b>Rx Care</b><br><i>Proporcionado por Best Choice Rx. Consulte el inserto para obtener más información.</i>  | Copagos de \$10                |
| <b>Primary Care Virtual Clinic Membership</b><br><i>Proporcionado por MedLion Clinic. Consulte el inserto para obtener más información.</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.firsthealthlb.com](http://www.firsthealthlb.com) para ubicar un proveedor participante**
-  **Sin períodos de espera**
-  **Un doctor asequible visitas y copagos de atención urgente**
-  **Sin copagos con atención urgente virtual 24/7**  
(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto para obtener más información)
-  **Programa de prescripción incluido** (Proporcionado por Best Choice Rx, consulte el inserto para obtener más información)
-  **¿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 + Espos(a) | Empleado + Familia |
|----------------------|----------|--------------------|---------------------|--------------------|
| <b>COSTO SEMANAL</b> | \$12.84  | \$24.81            | \$30.79             | \$42.76            |

# PLAN PRO

## 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><br>(por cada año del plan)   | \$0 Individual<br>\$0 Familiar     | No aplica              |
| <b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)   | 0%                                 | No aplica              |
| <b>Gastos de Médico a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b><br>(por cada año del plan, incluye deducible)   | \$400 Individual<br>\$800 Familiar | No aplica              |
| <b>Gastos de Farmacia a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b><br>(por cada año del plan)  | \$5,000                            | No aplica              |
| El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).  |                                    |                        |
| El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos de Farmacia a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos de médico 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 de médico a cargo del socio afiliado. |                                    |                        |
| Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.   |                                    |                        |
| <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> Servicio Proporcionado por "MeMD"   | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>  | \$25 de copago                     | Sin cobertura          |
| Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.  |                                    |                        |
| <b>Consulta con Médicos Especialistas</b>   | \$35 de copago                     | Sin cobertura          |
| <b>Maternidad Prenatal</b> (Visita en Consultorio)  | Sin cobertura                      | 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> |
| 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.   |                                    |                        |
| <b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".   | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Mamografías de Rutina</b> Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Salud de la Mujer</b> Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH<br>Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal<br>Aplican restricciones  | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico</b> Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Detección del Cáncer de Colon</b> Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)</b> Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |
| <b>Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas</b> Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.  | Cubierto en su totalidad           | Sin cobertura          |



| Procedimientos o Servicios de Diagnóstico  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red       |
|--|--|-----------------------|
| <b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>  | Sin cobertura  | Sin cobertura         |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b><br>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)   | Sin cobertura  | Sin cobertura         |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b><br>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)  | Sin cobertura  | Sin cobertura         |
| Servicio Médico de Emergencia  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red       |
| <b>Cuidado Intensivo</b>   | \$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> La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.  | 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> Procedimientos de Cirugía Oral  | Sin cobertura  | Sin cobertura         |
| <b>Planificación Familiar</b> Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.  | Sin cobertura  | Sin cobertura         |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento<br>Proporcionado por Best Choice Rx   | Dentro de la Red   | Opciones de descuento |
| <b>Retail</b> (Suministro de hasta 30 días)  |  |                       |
| <b>Medicamento Genérico</b>  | Copagos de \$10  | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Copagos de \$50  | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Copagos de \$100   | Incluido              |
| <b>Medicina Especializada</b> (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, medicamento de especialidad inyectable y de administración oral mayor a \$200, excluye insulina y no se aplica al monto máximo de desembolso directo. | Para obtener más información, opciones de ayuda internacional y para prescripciones medicas – favor de llamar a atención a clientes. | Incluido              |
| <b>Entrega a Domicilio</b> (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)  |  |                       |
| <b>Medicamentos Genéricos</b>  | Copagos de \$10  | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Copagos de \$50  | Incluido              |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Copagos de \$100   | Incluido              |
| 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.        |  |                       |

**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  | ✓  |             |
| Red  | ✓  |             |
| Cobertura Fuera de la Red  | Medicare Plus  |             |
| Deducible individual / Límite de bolsillo  | No   |             |
| Deducible familiar / Límite de bolsillo  | \$7,600/\$7,600  |             |
| Preventivo y Bienestar<br>Cubierto sin gastos de bolsillo.   | \$15,200/\$15,200  |             |
| Visita de Médico Familiar  | 100% de MAC*<br>después del deducible<br><br>*Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida") |             |
| Visita Médico Especialista   |  |             |
| Visita de Clínica de Urgencias   |  |             |
| Maternidad pre / post natal (visita al consultorio)  |  |             |
| Salud mental / conductual (visita al consultorio)  |  |             |
| Rayos X y Laboratorio  |  |             |
| Imagen   |  |             |
| Sala de Emergencias  |  |             |
| Ambulancia de Emergencia   |  |             |
| Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria   |  |             |
| Descuento de Farmacia (Prescripción)   |  |             |
| Transporte de Viaje Compartido   |  | No incluido |
| Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)  |  | Ilimitado   |
| Primary Care Virtual Clinic Membership<br><i>Proporcionado por MedLion Clinic. Consulte el inserto para obtener más información.</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 para obtener más información)
-  **Programa de prescripción incluido** (Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto para obtener más información)
-  **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* | Employee + Hijo(s)* |
|----------------------|-----------|---------------------|
| <b>COSTO MENSUAL</b> | \$139.85  | \$896.40            |
| <b>COSTO SEMANAL</b> | \$32.27   | \$206.86            |

\*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><br>(por cada año del plan)   | \$7,600 Individuales<br>\$15,200 Familiar | No aplica       |
| Tal como se menciona en el plan, el costo compartido de ciertos servicios se encuentra excluido de los cargos aplicables hacia el deducible.  |   |                 |
| Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.   |   |                 |
| <b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> (aplicable a todos los gastos a menos que se estipule lo contrario)   | 0%  | No aplica       |
| <b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b><br>(por año del plan, incluye deducible)  | \$7,600 Individuales<br>\$15,200 Familiar | No aplica       |
| El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumularán por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).   |   |                 |
| 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.                             |   |                 |
| Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.   |   |                 |
| <b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)</b>  | No aplica                                 | No aplica       |
| <b>Referencia Obligatoria</b>   | No se necesita                            | No aplica       |
| Servicios Médicos   | Dentro de la Red                          | Fuera de la Red |
| <b>Clínica de Urgencias Virtual</b> Servicio Proporcionado por "MeMD"   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>  | Sin cargo después del deducible*          | No aplica       |
| *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.   |   |                 |
| <b>Consulta con Médicos Especialistas</b>   | Sin cargo después del deducible*          | No aplica       |
| <b>Maternidad Prenatal</b> (Visita de la oficina)   | Sin cargo después del deducible*          | No aplica       |
| <b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>   | Sin cargo después del deducible*          | No aplica       |
| Cuidado preventivo  | Dentro de la Red                          | Fuera de la Red |
| 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.   |   |                 |
| <b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Mamografías de Rutina</b> Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Salud de la mujer</b> 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. | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Examen rectal digital rutinario / Prueba de antígeno prostático específico</b> Para hombres cubiertos de 18 años y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Deteccion de Cancer Colorrectal</b> Para todos los miembros de la edad 50 y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses   | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Exámenes oculares de rutina (Refracción)</b> Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.  | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |
| <b>Esterilización voluntaria - Ligadura</b> Cubierto como un Servicio de atención preventiva de acuerdo con la reforma del cuidado de salud.  | Cubierto en su totalidad                  | No aplica       |

| Procedimientos o Servicios de Diagnóstico  | Dentro de la Red                 | Fuera de la Red                   |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)                                | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b> (Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT) | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| Servicio Médico de Emergencia  | Dentro de la Red                 | Fuera de la Red                   |
| <b>Cuidado Intensivo</b>   | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Sala de Urgencias</b>   | Sin cargo después del deducible* | Sin cargo después del deducible*  |
| <b>Ambulancia de Emergencia</b>  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Ambulancia (Servicio sin emergencia)</b>  | Sin cobertura                    | No aplica                         |
| Otros Servicios y Detalles del Plan  | Dentro de la Red                 | Fuera de la Red                   |
| <b>Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria</b>  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción</b>  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Centro Especializado de Enfermería</b> La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Servicios de Terapia y Rehabilitación</b>   | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Equipo Médico Duradero</b>  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Boca, Quijada y Dientes</b> Procedimientos de Cirugía Oral  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| <b>Planificación Familiar</b> La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.  | Sin cargo después del deducible* | No aplica                         |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM  | Dentro de la Red                 | Opciones de descuento             |
| <b>Retail</b> (Suministro de hasta 30 días)  |                                  |                                   |
| <b>Medicamento Genérico</b>  | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Medicina Especializada</b> (Suministro de hasta 30 días)<br>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina        | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Entrega a Domicilio</b> (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)  |                                  |                                   |
| <b>Medicamentos Genéricos</b>  | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Medicamentos de Marca Preferida</b>   | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |
| <b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>  | Sin cobertura                    | Disponible a través de Shield PBM |

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. Después de un período de espera inicial de 30 días, la estructura de reembolso escalonada comienza en el primer dólar y le permite maximizar sus beneficios potenciales.

## PROGRAMA DE REEMBOLSO

| COSTE DEL PROCEDIMIENTO | REEMBOLSO |
|-------------------------|-----------|
| HASTA \$150             | 100%      |
| \$151 - \$250           | 75%       |
| \$251 - \$1,800         | 50%       |
| \$1,801 - ARRIBA        | 0%        |

|               | Empleado | Empleado + Hijo(s) | Empleado + Espos(a) | Empleado + Familia |
|---------------|----------|--------------------|---------------------|--------------------|
| COSTO SEMANAL | \$6.90   | \$12.43            | \$15.19             | \$20.71            |

## EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



LIMPIEZA DENTAL



EXAMEN ANUAL DE OJOS



CANAL RAÍZ



MONTURAS DE GAFAS



RELLENOS



LENTES



RAYOS X DENTALES



LENTES DE CONTACTO

Elija ir a cualquier dentista o especialista en visión y recibir cualquier procedimiento médicamente necesario.

# PLAN DENTAL + VISION

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Beneficios   |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Dentro de la Red   | No aplica  |                                    |
| Por cada año calendario o año civil  | \$1,800*   |                                    |
| Periodo de espera  | Usted podrá disfrutar de los beneficios disponibles y cubiertos por su plan, después de un periodo de 30 días consecutivos.  |                                    |
| Niveles de Reembolso   | Gastos Acumulados  | Beneficio                          |
| Beneficios por tener el servicio de Visión y Dental combinado. El beneficio se basa en la acumulación del total de los gastos por cobertura individual y durante un año calendario.                                  | De \$1 hasta \$150.00<br>\$150.01 to \$250.00<br>\$250.01 to \$1,800.00<br>\$1,800.01 en adelante  | 100%<br>75%<br>50%<br>0%           |
| Beneficios   |  | El Plan Paga                       |
| <b>Dental Tipo I – Cuidado Preventivo y de Diagnostico</b>   |  | Según el nivel actual de reembolso |
| Examen Oral de rutina<br>Limpieza Rutinaria<br>Radiografía Dental Completa<br>Radiografía de mordida o interproximal   | Radiografía panorámica dental<br>Tratamiento con Flúor<br>Selladores Dentales<br>Examen Histopatológico  |                                    |
| <b>Dental Tipo II – Cuidado Restaurativo Básico</b>  |  | Según el nivel actual de reembolso |
| Amalgamas o Empastes Dentales<br>Cuidado Emergencia para aliviar el dolor<br>Endodoncia<br>Radiografía Periapical<br>Periodoncia (tratamiento de encías)<br>Cirugía Oral – Extracción Simple                         | Cirugía Oral – de todo tipo excepto simple<br>Anestesia<br>Mantenedor de Espacio que substituye dientes permanentes perdidos<br>Extracciones Dentales<br>Cirugía de Extracción por Diente Impactado                    |                                    |
| <b>Dental Tipo III – Cuidado Restaurativo Mayor</b>  |  | Según el nivel actual de reembolso |
| Instalación de Dentaduras postizas removibles<br>Puentes Dentales<br>Incrustaciones intracoronarias y extracoronarias<br>Instalación inicial de una prótesis dental fija para reemplazar uno o más dientes naturales | Retenes o férulas dentales adicionales al resto de las dentaduras removibles ya existentes<br>Reparación de puentes, coronas e incrustaciones<br>Ajuste o restauración de dentaduraspostizas<br>Instalación de Coronas |                                    |
| <b>Servicios Oftalmológicos o de Visión</b>  |  | Según el nivel actual de reembolso |
| Examen oftalmológico estándar o rutinario<br>Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales.<br>Lentes de Contacto y Armazones   |  |                                    |

### Restricciones de los Beneficios Dentales

| Procedimiento   | Restricciones  | Procedimiento                            | Restricciones  |
|---|--|--|--|
| <b>Exámenes Orales</b>                                | Dos por año calendario/civil   | <b>Puentes Dentales</b>                  | Reemplazo cada 5 años  |
| <b>Radiografías de Rutina</b>                         | De Mordida o Interproximal: 2 por año calendario   | <b>Tratamiento de Fluor</b>              | 1 por año calendario y por cada menor de 20 años   |
| <b>Radiografías (no rutinarias)</b>                   | Dentadura complete: 1 cada 36 meses consecutivos. Periapical: 1 cada 36 meses consecutivos | <b>Selladores Dentales</b>               | Un tratamiento por diente cada tres años y hasta los 14 años como límite máximo.                                       |
| <b>Coronas e Incrustaciones</b>                       | Reemplazo cada 5 años  | <b>Limpieza o Profilaxis dental</b>      | Dos por año calendario o civil   |
| <b>Prótesis dentales, Prótesis dentales parciales</b> | Reemplazo cada 5 años  | <b>Cirugias (de todo tipo)</b>           | Limitadas a remoción de dientes, preparación de la boca para instalación de dentaduras y remoción de quistes dentales. |
| <b>Revestimiento o reparación dental</b>              | Cubre de 6 meses de haberse instalado  | <b>Ajustes</b>                           | Cubiertos después de 6 meses de haberse instalado  |
| <b>Reparación de Puentes</b>                          | Sujeto a revisión si se requiere más de 1 vez  | <b>Reparacion de Dentaduras Postizas</b> | Sujeto a revisión si se requiere más de 1 vez  |

| Procedimiento                   | Restricciones  | Procedimiento                            | Restricciones   |
|---------------------------------|--|--|---|
| <b>Prótesis sobre implantes</b> | 1 por cada 60 meses consecutivos en el caso de que sea inservible o sin reparación. Los beneficios se basan en el mono a pagar por metales no preciosos. No incluye porcelana o material blanco en molares o puentes dentales. | <b>Perdida de Diente (Restricciones)</b> | La Pérdida de un diente antes de contar con la cobertura del Plan, no será cubierto. Cuando exista un presupuesto excedente a \$200.00, usted podrá tener la opción de obtener una Evaluación Preliminar. |
| <b>Mantenedor de espacio</b>    | Restringido a servicios de no ortodoncia   |  |   |

## Restricciones de sus Beneficios Oftalmológicos

| Procedimiento               | Restricciones                  | Procedimiento             | Restricciones                  |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Examen Oftalmológico</b> | Uno por año calendario o civil | <b>Armazones</b>          | Un armazón por cada 2 años     |
| <b>Lentes de Armazon</b>    | Uno por año calendario o civil | <b>Lentes de contacto</b> | Uno por año calendario o civil |

### Exclusiones de sus Beneficios del Plan Dental Oftálmico Plus:

- Cualquier cargo incurrido antes de la cobertura del presente plan, ya sea por cuidado, tratamiento o suministro
- Servicios considerados como “servicios médicos”
- Servicios y suministros recibidos a través de un hospital
- Cargos considerados legalmente como “no requeridos “para pagarse
- Cargo hospitalario, el cual realice servicios para el Gobierno de EUA, si los cargos son relacionados directamente con el servicio militar
- Procedimientos y tratamientos experimentales o de investigación
- Cualquier lesión ocasionada en el área de trabajo o por el trabajo, en donde se requiera pago de sueldo
- Cualquier enfermedad cubierta por el Seguro de Indemnización Laboral “workers compensation” o por una ley similar
- Cargos en exceso que sobrepase lo razonable o los montos ordinarios
- Pagos fuera de la ley según su jurisdicción o residencia
- Por cargos que no se hubieran hecho si el individuo no contara con seguro
- Cargos innecesarios relacionados con el cuidado de la salud, tratamientos o cirugías
- En el caso de que usted o cualquiera de sus dependientes reciban pago por, o a través de un programa público (a excepción de Medicaid) de los gastos incurridos
- Cuando los beneficios cubiertos paguen los gastos de una póliza de seguro de automóvil en cumplimiento con la ley de seguro de accidentes, conocida como “no-fault” (que cubre lesiones accidentales) o en cumplimiento con la ley del conductor no asegurado
- Adicionalmente, estos beneficios serán reducidos para que el pago total no sea mayor al 100% de los cargos realizados debido a Servicios Dentales, en el caso de que estos sean proporcionados bajo el presente plan o cualquier gasto médico del plan o programa de pago anticipado o que esté disponible a través de su jefe o empleador.

### Exclusiones de Beneficios Dentales:

- Servicios realizados principalmente por razones cosméticas (Cirugías Plásticas)
- Reemplazo de un dispositivo dental extraviado o robado
- Reemplazo de un puente o dentadura postiza que tenga más de 5 años de haberse instalado
- Reemplazo de un Puente o dentadura postiza que pueda utilizarse según el estándar dental
- Procedimientos, dispositivos o restauraciones, que no sean dentaduras completas, cuyo propósito principal sea el cambiar la dimensión vertical, el diagnóstico o las condiciones del Desorden Temporomandibular, estabilización de dientes con compromiso periodontal o restauración de una oclusión
- Carillas dentales de porcelana o acrílico, materiales en coronas o pónicos para reemplazar el primer, segundo o tercer molar inferior o superior
- Registros Oclusales, accesorios de precisión o semi-precisión o ferulización de dientes
- Instrucción para el control de placa dental, higiene oral o dieta
- Servicios dentales considerados como de no cumplimiento con los estándares dentales
- Procedimientos realizados por un dentista a un familiar no autorizado de la persona cubierta (familiares cubiertos incluyen, esposa (o), hermanos, padres, hijos, abuelos y la familia política del esposo (a) hermanos y padres políticos

### Exclusiones de Beneficios Oftalmológicos:

- Ojos artificiales, en el caso de que sean medicamente necesarios, se encuentran cubiertos bajo el Plan de Salud
- Cualquier cargo incurrido por Ortopica (ejercicios para los músculos oculares), por entrenamiento y terapia ocular o cualquier cirugía como tratamiento o cular.
- Cualquier cargo por Queratotomía Radial o cualquier otro tipo de cirugía para mejorar la agudeza visual o defectos refractivos. Adicionalmente, exámenes rutinarios incluyendo refractivos, anteojos y cualquier examen para el ajuste de estos.



# ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

Funciona de 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 FUNCIONA

Una vez en línea, se le pedirá que se registre e inicie sesión. Después de haber creado su cuenta es simple solicitar un video en tiempo real, una aplicación o consulta telefónica con uno de los proveedores de MeMD. Su proveedor revisará su historial médico y realizará un examen de video o una consulta telefónica en cuestión de minutos. Luego recibirá un registro médico e instrucciones de cuidado electrónicamente, con cualquier receta necesaria enviada a su farmacia local. Toda la visita de telesalud se completa en promedio de 30 minutos o menos.

## CÓMO INSCRIBIRSE:



**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/freedomcare](http://www.MeMD.me/group/freedomcare)  
(use Google Chrome para la mejor experiencia de navegación).



**Solicitar un examen**

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



**Hable con un proveedor y obtenga tratamiento**

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





# PROGRAMA DE AHORRO DE RECETAS

## Funciona de RxValet

RxValet se compromete a garantizar que nadie se quede sin los medicamentos que necesita debido a las recetas de alto costo. Ofrecemos medicamentos recetados y suministros para pruebas de diabetes a precios razonables, además de proporcionar herramientas útiles que los miembros pueden usar para mantenerse saludables. No se necesitan tarjetas de descuento. Los miembros pueden buscar medicamentos fácilmente utilizando nuestra aplicación o nuestro sitio web, MyRxValet.com, y elegir cómo quieren ahorrar. RxValet puede ayudar a los empleadores a reducir las primas del plan de atención médica al proporcionar una solución de farmacia alternativa y de bajo costo.

### VALOR, ELECCIÓN Y AHORRO CON RxValet

- Precios con grandes descuentos, comparaciones competitivas
- 60,000 farmacias minoristas y envío estándar GRATUITO con entrega a domicilio
- Aplicación móvil para un fácil uso móvil
- Recordatorios GRATUITOS de medicamentos para ayudar a los miembros a mantenerse saludables
- Código de miembro del grupo de empleadores para descuentos adicionales

### ¿POR QUÉ DEBO PAGAR EN LÍNEA O PAGAR CON LA APLICACIÓN RXValet PRIMERO?

Sabemos que este es un concepto nuevo, pero una vez que lo pruebes, te encantará. Nuestros precios se negocian previamente a través de nuestro asociado. Cuando compra a través de RxValet, creamos una tarjeta electrónica de beneficios de RxValet para usar en cualquier farmacia. No deberá nada y no tendrá copago. Nuestros precios están garantizados. Piense en RxValet como una tarjeta de beneficios de pago por uso. En un plan tradicional de beneficios de medicamentos recetados, usted paga copagos y una prima mensual. Con RxValet, no hay prima. Solo paga los medicamentos que su familia necesita, ya que los necesita.

### CÓMO INSCRIBIRSE:

#### DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL RXValet

- 1 Busque sus medicamentos
- 2 Pague con tarjeta de crédito
- 3 Imprima, envíe un mensaje de texto o envíe un correo electrónico su tarjeta de receta de RxValet luego llévela a su farmacia

#### AHORRE CON ENTREGA A DOMICILIO!

- 1 Haga que su médico prescriba de manera electrónica directamente a Advanced Pharmacy, Greenville, SC. Escriba electrónico: 4229971 o fax 888-870-3823

#### RxValet PARA MASCOTAS

- 1 **BUSCAR.** Busque en nuestra enorme base de datos de medicamentos visitándonos en línea en MyRxValetForPets.com para encontrar el medicamento de su mascota.
- 2 **SELECCIONAR.** Ingrese la dosis y la cantidad correctas, e instantáneamente obtendrá el costo de ese medicamento.
- 3 **AHORRE.** Ahorre hasta un 50% o más al prepagar en línea. Simplemente muestre su RxValet for Pets Card como comprobante de compra.



# CUIDADO RX MEJORADO DE RECETA

Funciona de Best Choice Rx

Rx Care ofrece una ruta única para sus necesidades farmacéuticas con descuento, herramientas en línea convenientes y los mejores servicios para miembros. La membresía en Rx Care es la mejor manera de ahorrar en grande en los medicamentos más comunes.

Rx Care ofrece soluciones integrales para medicamentos de alto costo con la comodidad de un servicio de conserjería.

## CUIDADO RX

Ahorros de Vanguardia en un Beneficio Todo-Incluido

### Formulario Tradicional de Pago en Farmacia Local

1. Copagos de \$10-\$200
2. Tarjetas de Identificación de Miembro y Cumplimiento Electrónico Incluido
3. Miles de recetas disponibles
4. El miembro ahorra hasta un 30% de descuento en U & C

### La Membresía Incluye Acceso en Línea a

- ✓ **Prepago en línea, para recogida local**  
(20% a 50% menos que pagar copago en farmacia)
- ✓ **Servicio de entrega a domicilio**  
(33% a 60% menos que pagar el copago en la farmacia)
- ✓ **Programa Internacional de Farmacia**  
(50% a 70% menos que pagar copago en farmacia)
- ✓ **Programa de Asistencia para Recetas**  
(70% to 90% menos que pagar copago en farmacia)
- ✓ **Suministros para pruebas de diabetes**  
(Programas de prueba disponibles sin cargo, hasta tres veces al día)

| Nivel 1  | Nivel 2   | Nivel 3                                   | Nivel 4   |
|--|---|---|---|
| Marca genérica y de bajo costo<br>\$10 - \$50 copago | Mayor costo genérico y marca<br>\$50 - \$100 copago | Marca de Alto Costo<br>\$100-\$200 copago | Especialidad de alto costo:<br>Opciones de Asistencia Internacional y de Prescripción |

# FORMATO DE REGISTRO



**breckpoint**  
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 trabajao.

|                       |                      |                |  |
|-----------------------|----------------------|----------------|--|
| 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 SEMANAL                             | PRO   | COSTO SEMANAL |
|---|---|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Empleado             | \$8.47                                    | <input type="checkbox"/> Empleado             | \$12.84       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   | \$16.94                                   | <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   | \$24.81       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) | \$21.17                                   | <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) | \$30.79       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   | \$29.64                                   | <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   | \$42.76       |
| COMPLIANCE MVP                                | Llame al 1.844.300.6497 para registrarse. | DENTAL + VISIÓN                               | COSTO SEMANAL |
| Empleado                                      | \$139.85/men O \$32.27/sem                | <input type="checkbox"/> Empleado             | \$6.90        |
| Empleado + Hijo(s)                            | \$896.40/men O \$206.86/sem               | <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   | \$12.43       |
|   |   | <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) | \$15.19       |
|   |   | <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   | \$20.71       |

**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

---



**breckpoint**  
LEAD TOGETHER

## 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 del presente documento. He leído y entiendo las consecuencias de mi renuncia voluntaria.**

Fecha:

Firma: