



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



# Guía de Inscripción

## **BENEFICIOS MÉDICOS Y SUPPLEMENTARIOS**

**Nombre del empleador:**

**Período del plan:**

**Número de grupo:**



## BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS

# GUIA DE BENEFICIOS MEDICOS Y SUPLEMENTARIOS

Para asegurarse de que usted y su familia tengan acceso a soluciones de cobertura de salud de calidad, su empleador ha optado por ofrecer un plan de salud elegible patrocinado por el empleador disponible a través de la plataforma de Breckpoint.

Su nuevo plan de beneficios, diseñado a la medida en torno a las necesidades únicas de salud y bienestar de sus empleados, brinda una variedad de valiosas opciones de cobertura.

Puede optar por inscribirse en el plan o rechazar la cobertura. Para ayudarlo a considerar sus opciones y tomar la decisión mejor informada, esta guía brinda una descripción general de los beneficios que se ofrecen.

Puede encontrar información adicional sobre estos beneficios y un Resumen de cobertura y beneficios (SBC) en [breckpoint.my.site.com/members](https://breckpoint.my.site.com/members). Una copia impresa del SBC también está disponible, sin cargo, llamando al 1.844.657.1575. Para presentar y comprobar el estado de un reclamo, visite nuestro Portal de Reclamaciones en [breckpoint.my.site.com/providers](https://breckpoint.my.site.com/providers) o llame a nuestros representantes de atención al cliente al 1.844.657.1575.

Visite la Herramienta de Cobertura de Beneficios de Breckpoint en [breckpoint.com/benefits-bct.php](https://breckpoint.com/benefits-bct.php) para estar informado sobre los servicios cubiertos y el copago, si corresponde, según su plan.

**IMPORTANTE:** Es posible que deba realizar una elección de 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.

## ¡HAGA SUS ELECCIONES!

### 1 ¿PREGUNTAS? LLAMANOS

Llame a nuestro centro de información y uno de nuestros representantes expertos lo ayudará. Disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm hora estándar del Pacífico al 1.844.657.1575. Representantes que hablan inglés y español están disponibles.

### 2 VISITE SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Complete el formulario de inscripción con sus elecciones y entréguelo a su representante de RRHH.



breckpoint®

# PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Los planes de Beneficios Limitados son planes con beneficios mas restringidos que un plan de seguro médico mayor, pero con tarifas mucho más económicas.



## ¿PUEDO USAR ESTE PLAN COMO CUALQUIER SEGURO MÉDICO?

¡Si! Usted recibirá una tarjeta de identificación medica que usará de la misma manera que otros planes médicos. Vea los consejos debajo de esta información.



## ¿QUÉ ES "ACCESO ABIERTO"?

Breckpoint no rechazará reclamos basados en la participación en alguna red. Consideraremos todas las reclamaciones de pago de acuerdo con las especificaciones de su plan. Su proveedor debe aceptar facturar a Breckpoint directamente por los servicios prestados.



## COMO HACER UNA CITA

### ¡TENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN LISTA!

Es muy importante que usted provea la información actual de su seguro médico a su proveedor. Su tarjeta de identificación contiene toda la información necesaria requerida por su proveedor médico. Si usted no tiene una tarjeta médica, contacte directamente a nuestra línea de Servicios de Miembros al 1-844-657-1575 de lunes a viernes de 7 am a 4 pm tiempo del Pacífico.

### ¿QUÉ TENGO QUE DECIR A MI PROVEEDOR AL HACER UNA CITA?

*"Tengo un plan de beneficios limitados con Acceso Abierto." "Breckpoint es el administrador de mi plan, por favor llámelos para verificar mi cobertura al 1-844-657-1575."*



## TODAVIA NECESITA AYUDA?

### ¿QUÉ HAGO SI MI PROVEEDOR DICE QUE NO ACEPTA MI SEGURO MÉDICO?

Por favor, contacte al servicio al cliente de AXA al 1-866-762-4455 o [mecsupport@valenzhealth.com](mailto:mecsupport@valenzhealth.com). AXA lo ayudará a el proveedor de su preferencia y también le proporcionará otros proveedores médicos que acepten sus beneficios.

## TODOS LOS NUMEROS DE AYUDA ESTAN LISTADOS EN LA PARTE DE ATRÁS DE SU TARJETA MEDICA

### SERVICIOS PARA MIEMBROS:

Llame a este número si tiene preguntas sobre su plan o necesita una tarjeta de identificación. Los proveedores pueden llamar a este número para verificar su cobertura antes de una cita.

### ASISTENCIA PARA ENCONTRAR PROVEEDORES:

Llame a este número si necesita ayuda para encontrar un nuevo proveedor; pueden darle un directorio personal de proveedores médicos dependiendo del tipo de proveedor que necesita.

### LÍNEA DE AYUDA DE FARMACIA:

Usted o su farmacéuta pueden llamar a este número y conectarse directamente con su programa de descuento de farmacia para obtener asistencia con sus necesidades de medicamentos recetados. Ellos pueden ayudarlo a obtener el mejor descuento disponible.

# SERVICIOS CUBIERTOS

## PARA TODOS LOS PLANES MÉDICOS

### Servicios de Salud Preventivos

#### 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)*

#### MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ACA

¡95 medicamentos comunes incluidos sin costo! Medicamentos como:

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

\* Please see plan specification document for more details.



## PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

### ESTE PLAN INCLUYE:

|  |                        |
|--|------------------------|
| Cobertura Esencial Mínima  | ✓                      |
| Red Abierta  | <b>AXA Open Access</b> |
| Cobertura Fuera de la Red  | N/A                    |
| Deducible individual / Límite de bolsillo                                      | \$0/None               |
| Deducible familiar / Límite de bolsillo  | \$0/None               |
| Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia                         | \$5,000/\$10,000       |
| Cuidado Preventivo<br>Cubierto sin gastos de bolsillo.                         | 100%                   |
| Utilizaciones de médicos y consultorios  | Solo Preventivo        |
| Visita de atención primaria  | No incluido            |
| Visita al especialista   | No incluido            |
| Visita de atención urgente   | No incluido            |
| Maternidad Pre / Post Natal  | No incluido            |
| Salud mental / conductual  | No incluido            |
| Rayos X y Laboratorio  | Solo Preventivo        |
| Imagen   | Solo Preventivo        |
| Sala de emergencias  | No incluido            |
| Transporte de emergencia   | No incluido            |
| Servicios para pacientes ambulatorios / hospitalizados<br>Admisión al hospital | No incluido            |
| Formulario de Medicamentos de la ACA   | Incluido               |
| Programa de descuento de prescripciones<br>(Proporcionado por Shield PBM)      | Incluido               |
| Forulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)                                  | Incluido               |
| Atencion de urgencia virtual (Desarrollado por HealthWallet)                   | Incluido               |

### 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 proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Sin períodos de espera.
- Programa de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grados desueros. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por HealthWallet, consulte la hoja suelta)*

#### COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

# PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Características del Plan de Salud   | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
|---|---|-----------------|
| Selección de tú médico familiar   | No se requiere                          | No aplica       |
| Deducible (por cada año del plan)   | \$0 Individual<br>\$0 Familiar          | No aplica       |
| Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)  | 0%                                      | No aplica       |
| Gastos a Cargo del Socio Afiliado-Monto Máximo (por cada año del plan, incluye deducible)   | No aplica                               | No aplica       |
| Desembolso máximo de farmacia (OOP)   | \$5,000 Individual<br>\$10,000 Familiar | No aplica       |
| <p>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 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.</p> |   |                 |
| Gastos a Cargo del Socio Afiliado (Proveedores y servicios fuera de la red)   | No aplica                               | No aplica       |
| Referencia Obligatoria  | No se requiere                          | No aplica       |
| Servicios Médicos   | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
| Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado por "HealthWallet"  | Incluido                                | No aplica       |
| Consulta con Médicos No Especialistas   | No está cubierto                        | No aplica       |
| Consulta con Médicos Especialistas  | No está cubierto                        | No aplica       |
| Maternidad Prenatal (Visita en Consultorio)   | No está cubierto                        | No aplica       |
| Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto  | No está cubierto                        | No aplica       |
| Cuidado Preventivo  | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
| <p>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.</p>  |   |                 |
| Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos<br>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Chequeo Anual y Vacunas para Niños Limitados a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".   | Incluido                                | No aplica       |
| Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido                                | No aplica       |
| Mamografías de Rutina Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Salud de la Mujer<br>Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal. Apoyo de lactancia, materiales y asesoramiento. Métodos anticonceptivos, educación y asesoría para el paciente<br>Aplican restricciones   | Incluido                                | No aplica       |
| Detección del Cáncer de Colon<br>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido                                | No aplica       |
| Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)<br>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Esterilización Femenina Voluntaria-Ligadura de Trompas<br>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.  | Incluido                                | No aplica       |
| Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Procedimientos o Servicios de Diagnóstico   | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
| Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio  | No está cubierto                        | No aplica       |
| Diagnóstico de Imagenología Externo/Ambulatorio (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)  | No está cubierto                        | No aplica       |
| Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)<br>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)  | No está cubierto                        | No aplica       |

# PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

| Servicio Médico de Emergencia   | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
|---|------------------|-----------------|
| Proveedor de atención urgente   | No está cubierto | No aplica       |
| Sala de Urgencias   | No está cubierto | No aplica       |
| Ambulancia (Servicio sin emergencia)  | No está cubierto | No aplica       |
| Otros Servicios y Detalles del Plan   | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
| Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria                        | No está cubierto | No aplica       |
| Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción  | No está cubierto | No aplica       |
| Centro Especializado de Enfermería  | No está cubierto | No aplica       |
| Servicios de Terapia y Rehabilitación   | No está cubierto | No aplica       |
| Equipo Médico Duradero  | No está cubierto | No aplica       |
| Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral                                    | No está cubierto | No aplica       |
| Planificación Familiar  | No está cubierto | No aplica       |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM | Dentro de la Red |                 |

## Minorista (Suministro de hasta 30 días)

|   |  |
|---|--|
| Medicamentos Preventivos  | Incluido   |
| Medicamento Genérico  | Descuentos Disponibles   |
| Medicamentos de Marca Preferida   | Descuentos Disponibles   |
| Medicamentos de Marca No Preferida  | Descuentos Disponibles   |
| Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina | Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional |

## Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)

|                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| Medicamentos Genéricos             | Descuentos Disponibles |
| Medicamentos de Marca Preferida    | Descuentos Disponibles |
| Medicamentos de Marca No Preferida | Descuentos Disponibles |

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

\*\*Utilización es el uso de servicios por parte de personas con el propósito de prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y el bienestar, u obtener información sobre el estado de salud y el pronóstico médico. Ejemplos de Utilización son la cantidad de visitas al consultorio que hace una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados tomados, o la cantidad de pruebas que una persona recibe por parte de un proveedor.

Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite [portal.breckpoint.com](https://portal.breckpoint.com)

**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.

## ESTE PLAN INCLUYE:

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Cobertura Esencial Mínima   | ✓                       |
| Red Abierta   | <b>AXA Open Access</b>  |
| Cobertura Fuera de la Red   | N/A                     |
| Deducible individual / Límite de bolsillo   | \$0/\$400               |
| Deducible familiar / Límite de bolsillo   | \$0/\$800               |
| Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia  | \$5,000/\$10,000        |
| Preventivo y Bienestar<br>Cubierto sin gastos de bolsillo.  | 100%                    |
| Utilizaciones de Médicos y Consultorios   | 8 Utilizaciones por año |
| 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 (visita al consultorio)   | No incluido             |
| Salud mental / conductual (visita al consultorio)   | No incluido             |
| Rayos X y Laboratorio   | Solo Preventivo         |
| Imagen  | Solo Preventivo         |
| Sala de Emergencias   | No incluido             |
| Ambulancia de Emergencia  | No incluido             |
| Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria  | No incluido             |
| Transporte de Viaje Compartido<br>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas. | \$150 max/año           |
| Formulario de Medicamentos de la ACA  | Incluido                |
| Programa de descuento de prescripciones<br>(Proporcionado por Shield PBM)   | Incluido                |
| Forulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)   | Incluido                |
| Atencion de urgencia virtual<br>(Desarrollado por HealthWallet)   | Incluido                |

## 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 proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Visitas de doctores y cuidado urgente con copagos económicos..
- Programa de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grades desuentos. (Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos (Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)
- Incluye Clinica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. (Proporcionado por HealthWallet, consulte la hoja suelta)
- ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

### COSTO

Empleado

Empleado + Niñ(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

# PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Características del Plan de Salud  | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
|--|---|-----------------|
| Selección de tú médico familiar  | No se requiere                          | No aplica       |
| Deducible (por cada año del plan)  | \$0 Individual<br>\$0 Familiar          | No aplica       |
| Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)   | 0%                                      | No aplica       |
| Gastos a Cargo del Socio Afiliado-Monto Máximo (por cada año del plan, incluye deducible)  | \$400 Individual<br>\$800 Familiar      | No aplica       |
| Desembolso máximo de farmacia (OOP)  | \$5,000 Individual<br>\$10,000 Familiar | 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 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. |   |                 |
| Gastos a Cargo del Socio Afiliado (Proveedores y servicios fuera de la red)  | No aplica                               | No aplica       |
| Referencia Obligatoria   | No es requerido                         | No aplica       |
| Servicios Médicos  | Dentro de la Red                        | Fuera de la Red |
| Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado per "HealthWallet"   | Incluido                                | No aplica       |
| Consulta con Médicos No Especialistas<br>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.  | \$25 co-pago                            | No aplica       |
| Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.   |   |                 |
| Consulta con Médicos Especiqlistas<br>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.   | \$35 co-pago                            | No aplica       |
| Maternidad Prenatal (Visita en Consultorio)  | \$25 co-pago                            | No aplica       |
| Maternidad – Parto   | No está cubierto                        | 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.  |   |                 |
| Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos<br>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido                                | No aplica       |
| Chequeo Anual y Vacunas para Niños LLimitados a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".   | Incluido                                | No aplica       |
| Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Mamografías de Rutina Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.   | Incluido                                | No aplica       |
| Salud de la Mujer<br>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   | Incluido                                | No aplica       |
| Detección del Cáncer de Colon<br>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido                                | No aplica       |
| Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)<br>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido                                | No aplica       |
| Esterilización Femenina Voluntaria-Ligadura de Trompas<br>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.   | Incluido                                | No aplica       |
| Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido                                | No aplica       |

# PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

| Procedimientos o Servicios de Diagnóstico   | Dentro de la Red   | Fuera de la Red |
|---|--|-----------------|
| Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio  | No está cubierto   | No aplica       |
| Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio<br>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)                                 | No está cubierto   | No aplica       |
| Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)<br>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT). | No está cubierto   | No aplica       |
| Servicio Médico de Emergencia   | Dentro de la Red   | Fuera de la Red |
| Proveedor de atención urgente<br>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.                 | \$50 copago  | No aplica       |
| Sala de Urgencias   | No está cubierto   | No aplica       |
| Ambulancia de Emergencia  | No está cubierto   | No aplica       |
| Ambulancia que no es de emergencia  | No está cubierto   | No aplica       |
| Otros Servicios y Detalles del Plan   | Dentro de la Red   | Fuera de la Red |
| Atención hospitalaria   | No está cubierto   | No aplica       |
| Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas (que no sean visitas al consultorio)  | No está cubierto   | No aplica       |
| Centro Especializado de Enfermería  | No está cubierto   | No aplica       |
| Servicios de Terapia y Rehabilitación   | No está cubierto   | No aplica       |
| Equipo Médico Duradero  | No está cubierto   | No aplica       |
| Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral  | No está cubierto   | No aplica       |
| Planificación Familiar  | No está cubierto   | No aplica       |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM   | Opciones de descuento  |                 |
| <b>Minorista (Suministro de hasta 30 días)</b>  |  |                 |
| Medicamentos Preventivos  | Cubierto en su totalidad   |                 |
| Medicamento Genérico  | Descuentos Disponibles   |                 |
| Medicamentos de Marca Preferida   | Descuentos Disponibles   |                 |
| Medicamentos de Marca No Preferida  | Descuentos Disponibles   |                 |
| Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina               | Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional |                 |
| <b>Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</b>   |  |                 |
| Medicamentos Genéricos  | Descuentos Disponibles   |                 |
| Medicamentos de Marca Preferida   | Descuentos Disponibles   |                 |
| Medicamentos de Marca No Preferida  | Descuentos Disponibles   |                 |

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar [breckpoint.linked.exchange](#) y registrarse en el portal. \*\*Utilización es el uso de servicios por parte de personas con el propósito de prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y el bienestar, u obtener información sobre el estado de salud y el pronóstico médico. Ejemplos de Utilización son la cantidad de visitas al consultorio que hace una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados tomados, o la cantidad de pruebas que una persona recibe por parte de un proveedor. Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite [portal.breckpoint.com](#)

**El plan de farmacia incluye:** Medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia. Los anticonceptivos genéricos para mujeres aprobados por la FDA del formulario están cubiertos al 100% en la red. No todos los medicamentos están cubiertos.

**Lo que no está cubierto:** Este plan no cubre todos los gastos de atención médica e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista según los mandatos estatales o el diseño del plan o cláusulas adicionales compradas por su empleador. Todos los servicios médicos u hospitalarios no cubiertos específicamente o que están limitados o excluidos en los documentos del plan; Cargos relacionados con cualquier cirugía ocular principalmente para corregir errores de refracción; cirugía estética, incluida la reducción de senos; cuidado de custodia; cuidado dental y radiografías; recuperación de óvulos de donantes; procedimientos experimentales y de investigación; audífonos; inmunizaciones para viajar o trabajar; servicios de infertilidad, que incluyen, entre otros, inseminación artificial y tecnologías reproductivas avanzadas como FIV, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan; servicios o suministros que no

sean médicamente necesarios; ortesis; medicamentos y suministros de venta libre; reversión de la esterilización; servicios para el tratamiento de disfunciones o deficiencias sexuales, que incluyen terapia, suministros o asesoramiento; y enfermería especial. Servicios de control de peso que incluyen procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de control / pérdida de peso, regímenes y suplementos dietéticos, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o complementos alimenticios, programas de ejercicio, ejercicio u otro equipo; y otros servicios y suministros que están destinados principalmente a controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o con el propósito de reducir el peso, independientemente de la existencia de condiciones comórbidas. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene solo una descripción general parcial de los beneficios o programas del plan y no constituye un contrato. Este material no proporciona servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o resultados. Consulte los documentos del plan para determinar las disposiciones contractuales que rigen, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones relacionadas con el plan. También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los medicamentos en la sección de Limitaciones y Exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos y las excepciones médicas no están disponibles para ellos.

# PLAN DE CUMPLIMIENTO MVP

## ESTE PLAN INCLUYE:

|  |  |
|--|--|
| Red Abierta  | <b>AXA Open Access</b>   |
| Cobertura Fuera de la Red  | Hospitales y Centros de Servicios estan sujetos a RBP                            |
| Deducible individual / Límite de gastos de su bolsillo                     | \$9,100/\$9,100  |
| Deducible familiar / Límite de gastos de su bolsillo                       | \$18,200/\$18,200  |
| Cuidados Preventivos & Bienestar<br>Cubierto sin gastos de bolsillo.       | 100%   |
| Visita de Cuidado Primario   |  |
| Especialistas  |  |
| Visita de Cuidado de Urgente   |  |
| Maternidad pre / post natal (visita de oficina)                            |  |
| Salud mental / conductual (visita de oficina)                              | Sujeto a Deducible más cantidades que exceder lo razonable y cantidad permitida. |
| Rayos X y Laboratorio  |  |
| Sala de Emergencias  |  |
| Ambulancia de Emergencia   |  |
| Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria         |  |
| Programa de descuento de prescripciones<br>(Proporcinonado por Shield PBM) | Incluido   |
| Atencion de urgencia virtual<br>(Desarrollado por HealthWallet)            | Incluido   |

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar sin costo que incluyen: Exámen anual de bienestar, vacunas y exámenes de detección de ITS..
- **Este plan es un plan de Red Abierta proveido por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin limitantes de una red con restricciones.**
- No períodos de espera.
- Beneficios de farmacia incluidos (Impulsado por Shield PBM, vea las características adicionales del plan).
- No copagos con el Cuidado de Asistencia Virtual 24/7 ( Desarrollado por HealthWallet, vea las características adicionales del plan)
- Provee cobertura médica mayor. Por favor, contacte a nuestro departamento de Servicios de Miembros para más detalles.

### COSTO

| Empleado  | Empleado + Niño(s) | Empleado+Espos(a) | Empleado+Familia |
|-----------|--------------------|-------------------|------------------|
| \$525.00* | \$1050.00*         | No Ofrecido       | No Ofrecido      |

\*La tarifa está sujeta a normas de suscripción. Se require un cuestionario de atención médica para revisión. Llame al numero para Servicios al Cliente antes de inscribirse en este plan.

# PLAN DE CUMPLIMIENTO MVP

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Características del Plan de Salud  | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red |
|--|--|-----------------|
| Deducible (por cada año del plan)  | \$9,100 Individual<br>\$18,200 Familiar                | No aplica       |
| Como se indica en el plan, los costos compartidos del miembro para ciertos servicios están excluidos de los cargos para alcanzar el deducible. 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.   |  |                 |
| Coaseguro de Miembro aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario   | 0%   | No aplica       |
| Máximo de Desembolso Médico (OOP) por año del plan, incluye deducible  | \$9,100 Individual<br>\$18,200 Familiar                | No aplica       |
| Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado para el límite OOP de la red y fuera de la red. Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite OOP. Solo aquellos gastos OOP que resulten de la aplicación del porcentaje de coaseguro, deducibles y copagos pueden usarse para satisfacer el máximo OOP. Una vez que se alcanza el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su límite de pago por el resto del año del plan. |  |                 |
| Pago por atención fuera de la red  | No aplica  | No aplica       |
| Requisito de Referencia  | Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico | No aplica       |
| Servicios Médicos  | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red |
| Atención de urgencia virtual Desarrollado por HealthWallet   | Incluido   | No aplica       |
| Visitas al consultorio de no especialistas   | Deducible + razonable y permitida**                    | No aplica       |
| Visitas al consultorio de especialistas  | Deducible + razonable y permitida**                    | No aplica       |
| Visitas al consultorio de maternidad y postparto (visita de oficina)   | Deducible + razonable y permitida**                    | No aplica       |
| Salud mental / conductual (visita de oficina)  | Deducible + razonable y permitida**                    | No aplica       |
| Maternidad-Parto   | Deducible + razonable y permitida**                    | No aplica       |
| Cuidado Preventivo   | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red |
| Los servicios de atención preventiva están cubiertos de acuerdo con la Reforma de Atención Médica. Servicios sujetos a cambios a medida que se revisan las pautas.   |  |                 |
| Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido   | No aplica       |
| Exámenes de bienestar y vacunas para niños Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las vacunas estarán sujetas a limitaciones de frecuencia apropiadas según la edad y el desarrollo determinadas por el ACIP.  | Incluido   | No aplica       |
| Exámenes ginecológicos de rutina Incluye pruebas de rutina y costos de laboratorio relacionados. Limitado a 1 examen cada 12 meses.  | Incluido   | No aplica       |
| Mamografías de rutina Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.   | Incluido   | No aplica       |
| Servicios de Maternidad Incluye: Detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y detección de VIH, detección y consejería de violencia interpersonal y doméstica, apoyo para la lactancia, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y asesoramiento. Pueden aplicarse limitaciones.   | Incluido   | No aplica       |
| Detección de cáncer colorrectal Para todos los miembros mayores de 45 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido   | No aplica       |
| Exámenes de la vista de rutina (refracción) Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.   | Incluido   | No aplica       |
| Prueba de COVID-19 Solo hisopo. Limitado 1 examen cada 12 meses.   | Incluido   | No aplica       |

| Procedimientos de diagnóstico fuera del hospital  | Dentro de la Red                    | Fuera de la Red  |
|---|-------------------------------------|------------------|
| Laboratorio de Diagnóstico Ambulatorio  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios excepto para servicios de imágenes complejos   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios para servicios de diagnóstico por imágenes complejos<br>Incluyendo, pero no limitado a, MRI, MRA, PET y CT Scans | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Procedimientos de diagnóstico basados en el hospital  | Dentro de la Red                    | Fuera de la Red  |
| Laboratorio de Diagnóstico  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Radiografía de diagnóstico excepto para servicios de imágenes complejos   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Radiografía de diagnóstico para servicios de imágenes complejos<br>Incluyendo, pero no limitado a, MRI, MRA, PET y CT Scans   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Atención médica de emergencia   | Dentro de la Red                    | Fuera de la Red  |
| Proveedor de atención de urgencia   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Sala de emergencias   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Ambulancia de emergencia  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Ambulancia que no es de emergencia  | No está cubierto                    | No está cubierto |
| Otros Servicios y Detalles del Plan   | Dentro de la Red                    | Fuera de la Red  |
| Atención hospitalaria   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Servicios de salud Mental y Abuso de Alcohol/Drogas aparte de la visita al consultorio  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Centro de enfermería especializada la cobertura está limitada a 120 días por año del plan   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Servicios de Terapia y Rehabilitación   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Equipo médico duradero  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Boca, mandíbulas y dientes Procedimientos de cirugía oral, de naturaleza médica   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Planificación Familiar Cubierto solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM   | Dentro de la Red                    | Fuera de la Red  |
| <b>Minorista (Suministro de hasta 30 días)</b>  |                                     |                  |
| Medicamento Genérico  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Medicamentos de Marca Preferida   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Medicamentos de Marca No Preferida  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| <b>Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</b>   |                                     |                  |
| Medicamentos Genéricos  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Medicamentos de Marca Preferida   | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |
| Medicamentos de Marca No Preferida  | Deducible + razonable y permitida** | No aplica        |

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar [breckpoint.my.site.com/members](http://breckpoint.my.site.com/members) y registrarse en el portal. Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite [breckpoint.my.site.com/providers](http://breckpoint.my.site.com/providers)

\*Se requiere precertificación. No obtener la precertificación puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. Sujeto a precios basados en referencias; Al miembro se le puede facturar el saldo si el proveedor no acepta el 150 % del pago permitido por Medicare. Este beneficio utiliza acceso abierto sin restricciones de red.

**\*\*Cantidad razonable o permitida:** Sujeto a Precios Basados en Referencias; al miembro se le puede facturar el saldo si el proveedor no acepta el 150 % del pago permitido por Medicare. Este beneficio utiliza acceso abierto sin restricciones de red. MAC o Cantidad permitida se usa indistintamente para referirse al cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. Tenga en cuenta que los proveedores no están obligados a aceptar el Monto Permitido del Plan como pago total y pueden facturarle el saldo por el diferencia entre la Cantidad Permitida del Plan y los cargos facturados por el proveedor. Usted será responsable de este monto de la factura del saldo, que puede ser considerable. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o excluidos en virtud del Plan, así como de los deducibles, coseguros y/o copagos correspondientes.

**Descargo de responsabilidad:** Este plan no cubre todos los gastos de atención médica

e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. Este material tiene únicamente fines informativos y no constituye una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene solo una descripción general parcial de los beneficios o programas del plan y no constituye un contrato. Este material no brinda servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o resultados. Consulte los documentos del plan para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones relacionadas con el plan. También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los medicamentos que se encuentran en la sección Limitaciones y exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos, y las excepciones médicas no están disponibles para ellos.



## PLAN REEMBOLSO DENTAL + VISION

Dental + Vision es un plan combinado de reembolso directo que paga los gastos dentales y de la vista. Sin período de espera, la estructura de reembolso escalonada comienza con el primer dólar y le permite maximizar sus beneficios potenciales. Elija ir a cualquier dentista o especialista de la vista y reciba cualquier procedimiento médicamente necesario

### ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Network                   | No aplica         |
|---------------------------|-------------------|
| Max Benefit Reimbursement | \$1,000           |
| Waiting Period            | No waiting period |
| COSTE DEL PROCEDIMIENTO   |                   |
| REEMBOLSO                 |                   |
| UP TO \$150.00            | 100%              |
| \$150.01 - \$250.00       | 75%               |
| \$250.01 - \$1,800.00     | 50%               |
| \$1,800.01 - up           | 0%                |

Los beneficios dentales y de la vista se combinan.

\* El beneficio se basa en un total agregado de gastos acumulados por Persona Cubierta durante el año calendario.

### BENEFICIOS DENTALES

### EL PLAN PAGA

#### Categoría Dental I - Atención preventiva y de diagnóstico

- Examen Oral de rutina
- Limpieza Rutinaria
- Radiografía Dental Completa
- Radiografía de mordida o interproximal
- Radiografía panorámica dental
- Tratamiento con Flúor
- Selladores Dentales
- Examen Histopatológico

Según el nivel actual de reembolso

#### Categoría Dental II - Cuidados restaurativos básicos

- Empastes Dentales
- Radiografías periapicales
- Anestésicos
- Mantenedores de espacio
- Atención de emergencia para aliviar el dolor
- Terapia de conducto radicular / endodoncia
- Raspado periodontal y cepillado de raíces
- Cirugía bucal: extracciones simples
- Cirugía bucal: todas excepto extracciones simples
- Extracciones quirúrgicas de dientes impactados

Según el nivel actual de reembolso

#### Categoría Dental III - Cuidado Restaurador Mayor

- Coronas
- Dentadura postiza
- Puentes
- Incrustaciones/Onlays
- Prótesis sobre implantet
- Reparaciones de puentes, coronas e incrustaciones
- Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas

Según el nivel actual de reembolso

#### Categoría Dental IV - Orthodoncia (dependientes de 19 años o menores)

\$500 Maximo de por vida de Cargos cubiertos

### SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS O DE VISIÓN

### EL PLAN PAGA

- Examen oftalmológico estándar o rutinario
- Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales.
- Lentes de Contacto y Armazones
- Armazones

Según el nivel actual de reembolso

### COSTO

Empleado

Empleado+Hijo(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

# PLAN DE REEMBOLSO DENTAL + VISION

## ESPECIFICACIONES DEL PLAN

| Procedimiento Dental            | Restricciones   | Procedimiento Dental               | Restricciones   |
|---------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Exámenes Orales                 | Dos por año calendario  | Prophylaxi (limpiezas)             | Dos por año calendario  |
| Fluoruro                        | 1 por año calendario para personas menores de 20 años   | Selladores Dentales                | Un tratamiento por diente cada tres años y hasta los 14 años como límite máximo.  |
| Radiografías (no rutinarias)    | Dentadura complete: 1 cada 36 meses consecutivos. Periapical: 1 cada 36 meses consecutivos  | Radiografías de Rutina             | De Mordida o Interproximal: 2 por año calendario  |
| Coronas e Incrustaciones        | Reemplazo cada 5 años   | Puentes                            | Reemplazo cada 5 años   |
| Dentaduras postizas y parciales | Reemplazo cada 5 años   | Cirugias (de todo tipo)            | Limitado a la extracción de dientes, preparación de la boca para dentaduras postizas y extracción de quistes generados por los dientes.   |
| Reline, Rebase                  | Cubre de 6 meses de haberse instalado   | Ajustes                            | Cubre de 6 meses de haberse instalado   |
| Reparación de Puentes           | Revisada si más de una vez  | Reparaciones - Dentaduras postizas | Revisada si más de una vez  |
| Prótesis sobre implantes        | 1 cada 60 meses consecutivos si no se puede reparar y no se puede reparar. Los beneficios se basan en la cantidad pagadera por los metales no preciosos. Sin porcelana o material blanco / del color del diente en coronas o puentes de molares | Perdida de Diente (Restricciones)  | Los dientes que faltan antes de la cobertura del plan dental no están cubiertos. La revisión previa al tratamiento está disponible de forma voluntaria cuando se propone un trabajo dental extenso que supere los \$ 200. |
| Mantenedor de espacio           | Restringido a servicios de no ortodoncia  |                                    |   |
| Procedimiento Visión            | Restricciones   | Procedimiento Visión               | Restricciones   |
| Examen Oftalmológico            | Uno por año calendario  | Armazones                          | Un fotograma cada dos años calendario   |
| Lentes de Armazon               | Uno por año calendario  | Lentes de contacto                 | Uno por año calendario  |

### Exclusiones de sus Beneficios del Plan Dental + Visión:

- 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 Queratomiá 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.

Este resumen de beneficios destaca algunos de los beneficios disponibles en el documento del plan y la descripción resumida del plan.



breckpoint®

LEAD TOGETHER

# ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

powered by



HealthWallet

La enfermedad no duerme. Obtenga la atención que necesita, cuando la necesita, ¡sin costo alguno para usted! Con los exámenes a pedido de HealthWallet, usted, su cónyuge e hijos pueden recibir tratamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana para problemas de salud de rutina como:

- **Resfriado, gripe, dolor de garganta, infecciones de los senos nasales**
- **Alergias, picazón en los ojos, conjuntivitis**
- **Náuseas, vómitos, diarrea**
- **UTIs, dolor abdominal**
- **Infecciones cutáneas, erupciones**
- **Medicamentos de viaje**
- **Resurtidos de recetas a corto plazo**
- **Asesoramiento y consulta general**

*Nuestro equipo médico incluye MD, DO, NP y PA (proveedores médicos con licencia en los 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 enviarle recetas directamente a su farmacia.*

## OBTENGA CUIDADO MEDICO DE DIA Y DE NOCHE

### 1 DESCARGUE LA APLICACIÓN

- Escanee el código QR o visite <http://get.thehealthwallet.com/> y descargue la aplicación HealthWallet en su dispositivo móvil.

### 2 REGISTRESE

- Abra la aplicación y regístrese seleccionando "ID Miembro". Ingrese su Identificación de miembro y fecha de nacimiento.

### 3 ACCESSE Y PROGRAME CITAS

- Después de registrarse, inicie sesión para acceder a sus servicios de salud y programar una cita a través de la aplicación.



**ESCANEE AQUÍ** para descargar la aplicación HealthWallet

**PARA AYUDA** llame al 1.866.918.7735 o envíe un correo electrónico

[support@healthwallet.com](mailto:support@healthwallet.com)



breckpoint®

LEAD TOGETHER

# MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA MEJORADA

con formulario de medicamentos agudos

powered by SHIELD PBM

## LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

Enhanced Rx brinda acceso a una red de descuentos PBM completa y acceso adicional a ahorros en línea y a través del servicio de conserjería. El descuento también se puede usar en la farmacia local e incluye 95 medicamentos ACA y 37 medicamentos recetados comúnmente incluidos sin costo.

¡Visite [Breckpointrx.com](http://Breckpointrx.com) para comenzar!

### 1. PAGUE ANTES DE RECOGER



- Ahorre hasta un 25% más ANTES de ir al farmacia pagando por adelantado en [breckpointrx.com](http://breckpointrx.com).



### 2. ORDENE FOR CORREO

-Asegure las opciones de entrega a domicilio en línea con hasta un 50% de ahorro y disfrute de la recarga automática.



### 3. PRESENTE SU TARJETA RX

- En cualquier farmacia minorista y los costos de su bolsillo tienen grandes descuentos.

## EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS SIN COSTO CUBRE MEDICAMENTOS COMO:

- Amoxicillin
- Atrovastatin
- Azithromycin (Z-pack)
- Bupropion
- Cholecalciferol
- Ciprofloxacín
- Hydrocortisone
- Junel
- Lovastatin
- Meclizine
- Naproxen
- Nonoxynol
- Prednisone
- Tamoxifen
- Tessalon
- Viorele
- ¡Y más!

ESCANEE AQUÍ para saber más sobre el portal BreckpointRx Consulte la lista completa de medicamentos en [breckpointrx.com](http://breckpointrx.com)

855.798.2538



# FORMATO DE REGISTRO

## A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

Favor de llenar el presente Formato de Registro y regresario al Departamento de Recursos Humanos de la empresa para la trabaja

|                        |                      |   |         |
|------------------------|----------------------|---|---------|
| Nombre:                |                      | Teléfono:   |         |
| No. de Seguro Social:  | Fecha de Nacimiento: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Femenino |         |
| Correo:                |                      |   | Apt. #: |
| Ciudad:                | Estado:              | Código postal:  |         |
| Fecha de Contratación: |                      | no de identificación de empleado:   |         |

## B. SELECCIONE SU OPCIÓN

Tarifas deducidas de nómina: seleccione el nivel de cada producto en el que desea inscribirse.

| <input type="checkbox"/> MEC PLAN             | COSTO |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Empleado             |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   |       |

| <input type="checkbox"/> PRO PLAN             | COSTO |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Empleado             |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   |       |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MVP COMPLIANCE PLAN</b> | Llame al<br>1.844.300.6497<br>para inscribirse. |
|----------------------------|---|

| <input type="checkbox"/> DENTAL + VISION      | COSTO |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Empleado             |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)   |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a) |       |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Familia   |       |

## C. INFORMACIÓN DEPENDIENTE REQUERIDA

| Nombre | No. de Segura Social | Fecha de Nacimiento | Sexo  | Relación   |
|--------|----------------------|---------------------|---|--|
|        |                      |                     | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Domestic Partner |
|        |                      |                     | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Domestic Partner |
|        |                      |                     | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Domestic Partner |
|        |                      |                     | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Domestic Partner |
|        |                      |                     | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Domestic Partner |

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

## D. FIRMA REQUERIDA Debe firmar y fechar para inscribirse en 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: |
|--------|--------|

## E. FIRMA REQUERIDA Debe firmar y fechar si desea rechazar la cobertura.

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: |
|--------|--------|



breckpoint®