



breckpointSM

LEAD TOGETHER

GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Employer Name: Kinetic Personnel Group, Inc.
Group ID #: C002625
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 1 FORMA DE HACER TUS ELECCIONES!

1

CONSULTE A SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

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

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 disponibles.

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
Cuidado Preventivo <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	---
Visita de Médico Familiar	No incluido
Visita Médico Especialista	No incluido
Visita de Clínica de Urgencias	No incluido
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Rayos X y Laboratorio	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Descuento de Farmacia <i>(Prescripción)</i>	Incluido
Transporte de Viaje Compartido <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	No incluido
Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)	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 RxValet, 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
COSTO	\$51.00	\$91.80	\$112.20	\$153.00

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

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Cuidado Intensivo	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Centro Especializado de Enfermería <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Planificación Familiar <i>Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento	Dentro de la Red	Opciones de descuento
<i>Proporcionado por RxValet</i>		
Retail <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
Medicamento Genérico	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicina Especializada <i>(Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Entrega a Domicilio <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar my.breckpoint.com y registrarse en el portal.</i>		

El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacia. Los Anticonceptivos para mujer aprobados por "FDA", se encuentran cubiertos al 100% (dentro de la red).

No todos los fármacos se encuentran cubiertos.

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

Lo que no está cubierto:

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

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

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado. Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

PLAN PRO

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red	First Health
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/\$400
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/\$800
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	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 <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Rayos X y Laboratorio	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Descuento de Farmacia <i>(Prescripción)</i>	Incluido
Transporte de Viaje Compartido <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	\$150 max/año
Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)	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.firsthealthbp.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 RxValet, 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
COSTO	\$70.00	\$126.00	\$154.00	\$210.00

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

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	Sin cobertura	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Cuidado Intensivo	\$50 de copago	Sin cobertura
Sala de Urgencias	Sin cobertura	Sin cobertura
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura	Sin cobertura
Centro Especializado de Enfermería <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura	Sin cobertura
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Planificación Familiar <i>Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por RxValet</i>	Dentro de la Red	Opciones de descuento
Retail <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
Medicamento Genérico	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicina Especializada <i>(Suministro de hasta 30 días)</i> <i>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Entrega a Domicilio <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar my.breckpoint.com 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:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red	First Health
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/\$1,050
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/\$2,100
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	10 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 <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Rayos X y Laboratorio <i>(3 utilizaciones por año)</i>	\$75 co-pago
Imagen <i>(1 utilización por año)</i>	\$75 co-pago
Sala de Emergencias <i>(1 utilización por año)</i>	\$250 co-pago
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Descuento de Farmacia <i>(Prescripción)</i>	Included
Transporte de Viaje Compartido <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	\$150 max/año
Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)	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.firsthealthbp.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 RxValet, 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
COSTO	\$100.00	\$180.00	\$220.00	\$300.00

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 <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	\$1,050 Individual \$2,100 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	Sin cobertura
Referencia Obligatoria	No se requiere	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica de Urgencias Virtual <i>Servicio Proporcionado por "MeMD"</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Consulta con Médicos No Especialistas	\$25 de copago	Sin cobertura
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
Consulta con Médicos Especialistas	\$35 de copago	Sin cobertura
Maternidad Prenatal <i>(Visita en Consultorio)</i>	\$25 de copago	Sin cobertura
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	Sin cobertura	Sin cobertura
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Chequeo Anual y Vacunas para Niños <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Mamografías de Rutina <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Salud de la Mujer <i>Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Detección del Cáncer de Colon <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	\$75 de copago	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)	\$75 de copago	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) (Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)	\$75 de copago	Sin cobertura
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria Limitado a 10 visitas (en combinación) de especialistas, no especialistas y clínica de urgencias	\$50 de copago	Sin cobertura
Sala de Urgencias	\$250 de copago	\$250 de copago
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura	Sin cobertura
Centro Especializado de Enfermería	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura	Sin cobertura
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	Sin cobertura	Sin cobertura
Planificación Familiar	Sin cobertura	Sin cobertura
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento	Dentro de la Red	Opciones de descuento
<i>Proporcionado por RxValet</i>		
Retail (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamento Genérico	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
Medicamentos de Marca No Preferida	Sin cobertura	Disponible a través de RxValet
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar my.breckpoint.com y registrarse en el portal.</i>		

El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacia. Los Anticonceptivos para mujer aprobados por "FDA", se encuentran cubiertos al 100% (dentro de la red).

No todos los fármacos se encuentran cubiertos.

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

Lo que no está cubierto:

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

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

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado. Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO (MVP)

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓	
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 <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	\$15,200/\$15,200	
Visita de Médico Familiar	100% de MAC* después del deducible *Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")	
Visita Médico Especialista		
Visita de Clínica de Urgencias		
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>		
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>		
Rayos X y Laboratorio		
Imagen		
Sala de Emergencias		
Ambulancia de Emergencia		
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria		
Descuento de Farmacia <i>(Prescripción)</i>		
Transporte de Viaje Compartido		No incluido
Clínica de Urgencias Virtual (MeMD)		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.**
- ▶ **No waiting periods**
- ▶ **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	Hijo Adicional	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
COSTO MENSUAL	\$498*	\$498*	Not Offered	Not Offered

*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
Selección de médicos de atención primaria	No requerido	No aplica
Deducible <i>(por cada año del plan)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>Tal como se menciona en el plan, el costo compartido de ciertos servicios se encuentra excluido de los cargos aplicables hacia el deducible.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
Coaseguro del Socio Afiliado <i>(aplicable a todos los gastos a menos que se estipule lo contrario)</i>	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo <i>(por año del plan, incluye deducible)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumularán por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No se necesita	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica de Urgencias Virtual <i>Servicio Proporcionado por "MeMD"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas	Sin cargo después del deducible*	No aplica
<i>*Sujeto al plan y al Importe Máximo Autorizado, esta información se estipula en el presente y en los documentos de su plan de salud. Revisar balance de facturación y monto máximo autorizado. Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
Consulta con Médicos Especialistas	Sin cargo después del deducible*	No aplica
Maternidad Prenatal <i>(Visita de la oficina)</i>	Sin cargo después del deducible*	No aplica
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	Sin cargo después del deducible*	No aplica
Cuidado preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Mamografías de Rutina <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Salud de la mujer <i>Incluye: detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y cribado para VIH, cribado y consejería para la violencia interpersonal y doméstica, apoyo a la lactancia materna, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y consejería. Se pueden aplicar limitaciones.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Examen rectal digital rutinario / Prueba de antígeno prostático específico <i>Para hombres cubiertos de 18 años y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Deteccion de Cancer Colorrectal <i>Para todos los miembros de la edad 50 y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Exámenes oculares de rutina (Refracción) <i>Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Esterilización voluntaria - Ligadura <i>Cubierto como un Servicio de atención preventiva de acuerdo con la reforma del cuidado de salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica

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

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	\$30.00	\$54.00	\$66.00	\$90.00

EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



LIMPIEZA DENTAL



EXAMEN ANUAL DE OJOS



CANAL RAÍZ



MONTURAS DE GAFAS



RELLENOS



LENTE



RAYOS X DENTALES



LENTE 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 \$150.01 to \$250.00 \$250.01 to \$1,800.00 \$1,800.01 en adelante	100% 75% 50% 0%
Beneficios		El Plan Paga
Dental Tipo I – Cuidado Preventivo y de Diagnostico		Según el nivel actual de reembolso
Examen Oral de rutina Limpieza Rutinaria Radiografía Dental Completa Radiografía de mordida o interproximal	Radiografía panorámica dental Tratamiento con Flúor Selladores Dentales Examen Histopatológico	
Dental Tipo II – Cuidado Restaurativo Básico		Según el nivel actual de reembolso
Amalgamas o Empastes Dentales Cuidado Emergencia para aliviar el dolor Endodoncia Radiografía Periapical Periodoncia (tratamiento de encías) Cirugía Oral – Extracción Simple	Cirugía Oral – de todo tipo excepto simple Anestesia Mantenedor de Espacio que substituye dientes permanentes perdidos Extracciones Dentales Cirugía de Extracción por Diente Impactado	
Dental Tipo III – Cuidado Restaurativo Mayor		Según el nivel actual de reembolso
Instalación de Dentaduras postizas removibles Puentes Dentales Incrustaciones intracoronarias y extracoronarias 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 Reparación de puntas, coronas e incrustaciones Ajuste o restauración de dentaduras postizas Instalación de Coronas	
Servicios Oftalmológicos o de Visión		Según el nivel actual de reembolso
Examen oftalmológico estándar o rutinario Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales. Lentes de Contacto y Armazones		

Restricciones de los Beneficios Dentales

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

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
Prótesis sobre implantes	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.	Perdida de Diente (Restricciones)	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.
Mantenedor de espacio	Restringido a servicios de no ortodoncia		

Restricciones de sus Beneficios Oftalmológicos

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
Examen Oftalmológico	Uno por año calendario o civil	Armazones	Un armazón por cada 2 años
Lentes de Armazon	Uno por año calendario o civil	Lentes de contacto	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.

DENTAL PRO

Dental Pro ofrece servicios dentales asequibles a través de médicos en la red de Aetna. Tendrá acceso a los procedimientos preventivos y de diagnóstico cubiertos sin cargo después de alcanzar el deducible.

COBERTURA	BENEFICIO
Red	Aetna Dental Administrators
Cobertura fuera de la Red No	No
Deducible Individual/Familiar	\$50/\$150
Preventivo/Diagnóstico <i>(rayos x, limpiezas, etc.)</i>	0% Coseguro
Restaurador Básico <i>(rellenos, Terapia de conducto radicular, etc.)</i>	20% Coseguro <i>(Después de alcanzar el deducible)</i>
Deducible Familiar/Máximo de Bolsillo	50% Coseguro <i>(Después de alcanzar el deducible)</i>
Ortodoncia <i>(Dependientes menores de 19 años)</i>	50% Coseguro <i>(Después de alcanzar el deducible)</i>
Ortodoncia Máximo de por Vida	\$1,000
Beneficio máximo pagado por año <i>(Beneficios dentales y de ortodoncia)</i>	\$1,500

EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



LIMPIEZA DENTAL



RELLENOS



CANAL RAÍZ



RAYOS X DENTALES

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
COSTO	\$45.00	\$81.00	\$99.00	\$135.00

Se aplica un período de espera de 30 días antes de que se puedan usar los beneficios. No se aplica deducible por servicios preventivos.

PLAN DENTAL PRO

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Red	Aetna Dental Administrators (ADA)	No aplica
Año calendario máximo	\$1,500	No aplica
Deducible anual Individuales Familia	\$50 por persona \$150 por familia	No aplica
Nivel de reembolso	Basado en tarifas reducidas contratadas*	No aplica
Período de espera	A período de 30 días consecutivos después de los planes fecha efectiva del plan antes de beneficios estarán disponibles para los servicios cubiertos.	No aplica

Beneficios	Plan de país	Usted paga	Plan de país	Usted paga
Clase I-cuidados preventivos y diagnósticos Exámenes orales Limpiezas rutinarias Radiografías completas de la boca Mordida Radiografía Radiografía panorámica Aplicación de fluoruro Selladores Exámenes histopatológicos	100%	Sin cargo	No cubierto	100% de cargos facturados
Clase II-cuidado básico restaurativo Rellenos Atención de emergencia para aliviar el dolor Terapia de conducto radicular, endodoncia Radiografías periapicales Escalamiento y raíz periodontales Cepillado Cirugía oral – extracciones simples Cirugía de al-todo excepto simple Extractions Anestésicos Mantenedores de espacio Extracciones quirúrgicas de dientes impactados	80% Deducible se aplica	20% Deducible se aplica	No cubierto	100% de cargos facturados
Clase III-atención restaurativa importante Coronas Dentaduras Puentes Inlays/Onlays Prótesis sobre implantes Reparaciones en puentes, coronas e incrustaciones Ajustes y reparaciones de prótesis dentales	50% Deducible se aplica	50% Deducible se aplica	No cubierto	100% de cargos facturados
Clase IV – ortodoncia Máximo de por vida	50% Deducible se aplica \$1,000 Niños dependientes a 19 años	50% Deducible se aplica	No cubierto No cubierto	100% de cargos facturados 100% de cargos facturados

Dental Pro Ventaja Limitaciones

Procedimiento	Limitaciones
Exámenes	Dos por año calendario
Profilaxis (limpiezas)	Dos por año calendario
Fluoruro	1 por año calendar para personas menores de 20 años
Radiografías (rutinarias)	Radiografías: 2 por año calendario
Radiografías (no rutinarias)	Boca completa: 1 cada 36 meses consecutivos. Panorex: 1 cada 36 meses consecutivos
Cirugías (todas)	Limitado al retiro de dientes, a la preparación de la boca para las dentaduras y a la eliminación de quistes diente generados.
Coronas e incrustaciones	Reemplazo cada 5 años
Puentes	Reemplazo cada 5 años
Prótesis dentales y parciales	Reemplazo cada 5 años
Retornos, sobrefondos	Cubierto si más de 6 meses después de la instalación

Dental Pro Ventaja Limitaciones

Procedimiento	Limitaciones
Ajustes	Cubierto si más de 6 meses después de la instalación
Reparaciones-puentes	Revisado si más de una vez
Reparaciones-prótesis dentales	Revisado si más de una vez
Selladores	Un tratamiento por diente cada tres años hasta la edad de 14
Mantenedores de espacio	Limitado al tratamiento no ortodóncico
Prótesis sobre implantes	1 por 60 meses consecutivos si no es útil y no puede ser reparado. Los beneficios se basan en la cantidad pagadera para metales no preciosos. Ninguna porcelana o material blanco/diente coloreado en las coronas o los puentes molares
Limitación del diente que falta	Los dientes que faltan antes de la cobertura bajo el plan dental no están cubiertos. La revisión del tratamiento previo está disponible sobre una base voluntaria cuando el trabajo dental extenso en exceso de \$200 se propone.

Beneficio Dental Pro Exclusiones:

- Cuidado, tratamiento o suministros para los cuales se incurrió un cargo antes de que una persona fuera cubierta bajo este plan.
- Servicios realizados principalmente por razones cosméticas
- Reemplazo de un electrodoméstico perdido o robado
- Sustitución de un puente o prótesis en un plazo de cinco años a partir de la fecha de su instalación original
- Reemplazo de un puente o de una dentadura que se puede hacer útil según estándares dentales aceptados
- Procedimientos, electrodomésticos o restauraciones, con excepción de las dentaduras completas, cuyo propósito principal es cambiar la dimensión vertical, diagnosticar o tratar las condiciones de la ATM, estabilizar los dientes periodontalmente involucrados, o restaurar la oclusión
- Chapas de porcelana o materiales acrílicos sobre coronas o Pónticos o sustituyendo la parte superior e inferior de la primera, segunda y tercera de molares
- Registros de mordida; accesorios de precisión o semi-precisión; Entablillado
- Instrucciones para el control de placa, higiene bucal y dieta
- Servicios dentales que no cumplen con los estándares dentales comunes
- Servicios que se consideran servicios médicos
- Servicios y suministros recibidos de un hospital
- Cargos que la persona no está legalmente obligado a pagar
- Cargos realizados por un hospital que realiza servicios para el gobierno de los Estados Unidos si los cargos están directamente relacionados con una condición conectada a un servicio militar
- Procedimientos y tratamientos experimentales o en investigación
- Cualquier lesión resultante de, o en el curso de, cualquier empleo por salario o ganancia
- Cualquier enfermedad cubierta bajo cualquier compensación de trabajadores o ley similar
- Cargos en exceso de las asignaciones razonables y consuetudinarias
- En la medida en que el pago sea ilícito cuando la persona reside cuando los gastos se incurren
- Procedimientos realizados por un dentista que es un miembro de la familia de la persona cubierta (la familia de la persona cubierta se limita a un cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos, y los hermanos y padres del cónyuge)
- Por cargos que no hubieran sido hechos si la persona no tuviera seguro
- Para los cargos por cuidado, tratamiento o cirugía innecesarios
- En la medida en que usted o cualquiera de sus dependientes está de alguna manera pagado o con derecho a pago por esos gastos por o a través de un programa público, que no sea Medicaid
- En la medida en que los beneficios sean pagados o pagaderos por esos gastos bajo la parte obligatoria de cualquier póliza de seguro de autoescrita para cumplir con una ley de seguro "sin culpa" o una ley de seguro de automovilista no asegurada
- Además, estos beneficios se reducirán de manera que el pago total no será más del 100% del cargo realizado para el servicio dental si se proporcionan beneficios para ese servicio bajo este plan y cualquier plan de gastos médicos o programa de tratamiento prepago patrocinado o hecho disponible por su empleador

Este resumen de beneficios destaca algunas de las ventajas disponibles en Plan de documento y Resumen Descripción



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

Código de plan: MQ967N4T

O visitando su sitio web MeMD:

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.



breckpoint

LEAD TOGETHER

8918 Spanish Ridge Ave #200, Las Vegas, NV 89148

leadtogether@breckpoint.com | 800.592.0047 | www.breckpoint.com

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"/> Masculin <input type="checkbox"/> Femenino	
Correo:		Apt. #:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

B. SELECCIONE SU OPCIÓN: Seleccione solo una opción.

MEC	COSTO	PRO	COSTO
<input type="checkbox"/> Empleado	\$51.00	<input type="checkbox"/> Empleado	\$70.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$91.80	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$126.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	\$112.20	<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	\$154.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$153.00	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$210.00
PRO+	COSTO	COMPLIANCE MVP	Llame al 1.844.300.6497 para registrarse.
<input type="checkbox"/> Empleado	\$100.00		
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$180.00		
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	\$220.00		
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$300.00		
DENTAL + VISIÓN	COSTO	DENTAL PRO	COSTO
<input type="checkbox"/> Empleado	\$30.00	<input type="checkbox"/> Empleado	\$45.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$54.00	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$81.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	\$66.00	<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	\$99.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$90.00	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$135.00

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

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 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:
--------	--------

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:
--------	--------