



breckpoint®

LEAD TOGETHER

BENEFICIOS LIMITADOS

Guía de Inscripción



Empleador:

Kinetic Personnel Group, Inc.

Identificación de Grupo#

C002625

Fechas de cobertura del plan:

01/01/2023 - 12/31/2023

Disponible en Español, favor de comunicarse; 1.844.657.1575

BIENVENIDO A SUS

BENEFICIOS DE SALUD

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.linked.exchange. Una copia impresa del SBC también está disponible, sin cargo, llamando al 1.844.657.1575.

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

¡TIENES 4 FORMAS DIFERENTES DE HACER TUS ELECCIONES!

1

IR EN LÍNEA

Visite: breckpoint.linked.exchange

Haga clic en Registrarse y configure su cuenta con su número de identificación de grupo, número de seguro social y fecha de nacimiento. Revise sus opciones y elija su cobertura.

2

ENVIA UN MENSAJE DE TEXTO “INSCRIBIRSE” A 702-747-8261

Recibirá un enlace para configurar su cuenta.

3

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.

4

VISITE SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

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



¡NOTICIAS EMOCIONANTES!

RED DE ACCESO ABIERTA

IMPULSANDO AHORROS PARA LOS PLANES MEC

SOLUCIÓN DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL

Red de acceso abierta que mejora el acceso y los ahorros

Nuestra solución de Cobertura Esencial Mínima (MEC) está diseñada para combinarse con su plan de beneficios de salud para extender un reembolso favorable para los planes MEC. A diferencia de los planes MEC tradicionales, nuestra solución MEC permite a los miembros elegir proveedores e instalaciones médicas de alta calidad para satisfacer sus necesidades de salud precisas mientras equilibran el costo financiero para el miembro, el plan y el proveedor.

Es beneficioso para todos: los miembros tienen la posibilidad de elegir una atención de mayor calidad por costos justos y razonables, junto con costos de bolsillo más bajos; los proveedores reciben un reembolso basado en precios y geografía justos, aceptables y reconocidos por el mercado.

Mejora el acceso de los miembros a una atención de calidad, logra una mejora en el ahorro de costos del 50-75%, proporciona apoyo completo telefónico / por correo electrónico de principio a fin para preguntas sobre la atención de los miembros y trabaja en colaboración con los proveedores que brindan atención.

A diferencia de los planes de salud que ofrecen una red definida específica (por ejemplo, un PPO), nuestra solución MEC permite a los miembros buscar atención y tratamiento para los servicios cubiertos bajo el plan de cualquier proveedor. Si bien los proveedores y las instalaciones no se consideran "dentro de la red" o "fuera de la red", se les otorgan reembolsos justos y equitativos basados en el enfoque de precios sensibles al mercado.

NUESTRAS VENTAJAS

- Mejora profunda de costos para cada plan MEC y sus miembros.
- No hay una red definida de proveedores; El modelo de acceso abierto permite a los miembros buscar atención de cualquier proveedor.
- Apoyo completo y funcional para guiar a los miembros hacia los mejores proveedores y decisiones de atención de alta calidad. El apoyo para miembros se puede obtener bajo demanda por teléfono o correo electrónico.
866.762.4455
mecsupport@valenzhealth.com
- Mejor acceso de los miembros a una atención de calidad.
- Educación, apoyo y colaboración directos del proveedor.

Asistencia de la red de proveedores de AXA | 866.762.4455

Los servicios se proporcionan según lo permitido por la ley aplicable. Los logotipos de AXA son marcas comerciales de AXA SA. © 2020

SERVICIOS CUBIERTOS PARA TODOS LOS PLANES

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 cardiovasculares**
- **Examen de Presión Arterial**
Detección de Colesterol
(Adultos de edad específica o mayor riesgo de desarrollarlo)
- **Detección de Cáncer Colorrectal**
(Adultos mayores de 50 años)
- **Detección de Depresión**
- **Detección de Diabetes (Tipo 2)**
(Adultos con presión arterial alta)
- **Detección de VIH**
- **Consejería de Dieta Saludable**
- **Detección de Hepatitis B**
- **Detección de Hepatitis C**
- **Vacunas de inmunizaciones**
- **Detección de Cáncer de Pulmón**
(Adultos no mayores de 24 años)
- **Asesoramiento y Detección de Obesidad**
- **Asesoramiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Asesoramiento Sobre el Cáncer de Piel**
(Adultos hasta 24 años.)
- **Medicamentos Preventivos de Estatinas**
(Adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV)
- **Detección de Sífilis**
- **Asesoramiento y Detección Sobre el Consumo de Tabaco**
- **Detección de Tuberculosis**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Prevención de caídas**
(Adultos mayores de 65 años)
- **Medicamento preventivo del VIH/ SIDA**

PARA MUJERES

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

PARA NIÑOS

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

MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ACA

¡95 medicamentos comunes incluidos sin costo! Medicamentos como:

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



PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
¡NUEVO! Red Abierta	AXA Open Access
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/ Ninguno
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/Ninguno
Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia	\$5,000/\$10,000
Cuidado Preventivo <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de médicos y consultorios	N/A
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	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de emergencias	No incluido
Transporte de emergencia	No incluido
Servicios para pacientes ambulatorios / hospitalizados	No incluido
Admisión al hospital	No 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
Programa de descuento de prescripciones <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	Incluido
Formulario de Medicamentos Agudos <i>(Shield PBM)</i>	Incluido
Atención de urgencia virtual <i>(Desarrollado por MeMD)</i>	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 grandes descuentos. *(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 MeMD, consulte la hoja suelta)*

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

	Empleado	Empleado + Niño(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
Costo	\$77.00	\$125.80	\$128.20	\$157.50

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
Desembolso máximo de farmacia (OOP) <i>(por cada año del plan)</i>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado <i>(proveedores y servicios fuera de la red)</i>	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
Solo hisopo de prueba COVID-19 <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses</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
Proveedor de atención urgente	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Centro Especializado de Enfermería <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Planificación Familiar <i>Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Dentro de la Red	
Minorista <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
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 <i>(Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
Entrega a Domicilio <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos Disponibles	
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar brekpoint.linked.exchange y registrarse en el portal.</i>		
**Utilización <i>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.</i>		
Portal de Reclamos: <i>Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com</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	✓
¡NUEVO! Red Abierta	AXA Open Access
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 <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
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
Programa de descuento de prescripciones <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	Incluido
Formulario de Medicamentos agudos <i>(Shield PBM)</i>	Incluido
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	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 grandes descuentos. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por MeMD, consulte la hoja suelta)*
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- ¿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	\$83.00	\$144.60	\$153.40	\$195.50

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
Desembolso máximo de farmacia (OOP)	5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado para el límite OOP de la red y fuera de la red.</i>		
<i>Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite OOP. Solo aquellos gastos de OOP que resulten de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos pueden usarse para satisfacer el máximo de OOP.</i>		
<i>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 durante el resto del año del plan.</i>		
Pago de la atención fuera de la red	No aplica	No aplica
Requisito de referencia	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	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas <i>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.</i>	\$25 de copago	No aplica
<i>Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</i>		
Consulta con Médicos Especialistas <i>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.</i>	\$35 de copago	No aplica
Atención prenatal de maternidad y posparto <i>(visita de oficina)</i>	Sin cobertura	No aplica
Maternidad - Parto	Sin cobertura	No aplica
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<i>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.</i>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. 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 a la edad y las limitaciones de frecuencia apropiadas para el desarrollo determinadas por ACIP.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Mamografías de Rutina <i>Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas..</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 detección de VIH, detección y consejería para violencia interpersonal y doméstica, apoyo para la lactancia, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación y asesoramiento para pacientes. Pueden aplicarse limitaciones.</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
Solo hisopo de prueba COVID-19 <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses</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	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
Proveedor de atención urgente <i>Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.</i>	\$50 de copago	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura	No aplica
Ambulancia que no es de emergencia	Sin cobertura	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención hospitalaria	Sin cobertura	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas <i>(que no sean visitas al consultorio)</i>	Sin cobertura	No aplica
Centro Especializado de Enfermería	Sin cobertura	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura	No aplica
Planificación Familiar	Sin cobertura	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Opciones de descuento	
Minorista <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
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 <i>(Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y con recetas: llame al servicio de atención al cliente para obtener información adicional	
Entrega a Domicilio <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos disponibles	
<i>Si bien se cree que esta información es precisa a la fecha de impresión, está sujeta a cambios. Para recibir descripciones completas y actualizadas de las políticas, visite breckpoint.linked.exchange para iniciar sesión en nuestro portal para miembros.</i>		
<i>** La 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 de una persona. Ejemplos de utilización son la cantidad de visitas al consultorio que realiza una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados que toma o la cantidad de pruebas que recibe una persona por parte de un proveedor.</i>		
Portal de Reclamos: <i>Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com</i>		

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 PREFERRED

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
¡NUEVO! Red Abierta	AXA Open Access
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/\$725
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/\$1,450
Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia	\$5,000/\$10,000
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>(2 utilizaciones por año)</i>	\$75 co-pago
Imagen <i>(1 utilización por año)</i>	\$75 co-pago
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No 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
Programa de descuento de prescripciones <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	Incluido
Formulario de Medicamentos agudos <i>(Shield PBM)</i>	Incluido
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	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.
- ▶ Cobertura adicional para radiografías y servicios de laboratorio.
- ▶ Programa de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grandes descuentos. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- ▶ Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por MeMD, consulte la hoja suelta)*
- ▶ Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- ▶ ¿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	\$97.00	\$169.80	\$184.20	\$237.50

PLAN PREFERRED 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>	\$725 Individual \$1,450 Family	No aplica
Desembolso máximo de farmacia <i>(por cada año del plan)</i>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado <i>(proveedores y servicios fuera de la red)</i>	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 <i>Servicio Proporcionado por MeMD</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas <i>Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia</i>	\$25 de copago	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 <i>Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia</i>	\$35 de copago	No aplica
Maternidad Prenatal <i>(Visita al Consultorio) Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia</i>	\$25 de copago	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas <i>(Visita al Consultorio) Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia</i>	\$25 de copago	No aplica
Maternidad - Parto	Sin cobertura	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 pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. 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 a la edad y las limitaciones de frecuencia apropiadas para el desarrollo determinadas por ACIP.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Mamografías de Rutina <i>Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas..</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 detección de VIH, detección y consejería para violencia interpersonal y doméstica, apoyo para la lactancia, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación y asesoramiento para pacientes. Pueden aplicarse limitaciones.</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
Solo hisopo de prueba COVID-19 <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses</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 Límite de 2 usos ** por miembro por año combinado con laboratorio y radiografías.	\$75 de copago	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio Límite de 2 usos ** por miembro por año combinados con laboratorio y radiografía. (excepto para servicios de imágenes complejos)	\$75 de copago	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) (Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT) Limitado a 1 utilización cada 12 meses.	\$75 de copago	No aplica
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente Limitado a 10 utilizations cada 12 meses cambiando con especialistas, no especialitas, y proveedor de atención urgente.	\$50 de copago	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura	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 cobertura	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción (con excepción de visita al consultorio)	Sin cobertura	No aplica
Centro Especializado de Enfermería	Sin cobertura	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura	No aplica
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	Sin cobertura	No aplica
Planificación Familiar	Sin cobertura	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento	Opciones de descuento	
<i>Proporcionado por Shield PBM</i>		
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
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) <i>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
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	
<i>Si bien se cree que esta información es precisa a la fecha de impresión, está sujeta a cambios. Para recibir descripciones completas y actualizadas de las políticas, visite breckpoint.linked.exchange para iniciar sesión en nuestro portal para miembros.</i>		
<i>** La 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 de una persona. Ejemplos de utilización son la cantidad de visitas al consultorio que realiza una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados que toma o la cantidad de pruebas que recibe una persona por parte de un proveedor.</i>		

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 VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO (MVP)

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Valor mínimo	✓
¡NUEVO! Red Abierta	AXA Open Access
Cobertura Fuera de la Red	No Aplica
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$8,700/\$8,700
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$17,400/\$17,400
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Visita de Médico Familiar	100% de MAC* después del deducible *Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")
Visita Médico Especialista	
Visita de Clínica de Urgencias	
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	
Rayos X y Laboratorio	
Sala de Emergencias	
Ambulancia de Emergencia	
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	
Descuento de recetas de farmacia <i>(Desarrollado por Shield PBM)</i>	
Transporte de Viaje Compartido	No incluido
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	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 periodos de espera.
- Sin copagos con Clínica de Urgencias Virtual 24/7. *(Proporcionado por MeMD, consulte la hoja suelta)*
- Beneficios RX incluidos. *(Proporcionado por Shield PBM)*
- Brinda cobertura médica mayor. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente para obtener detalles adicionales.

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

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
COSTO MENSUAL	\$498.50*	\$897.30*	No Ofrecido	No Ofrecido

*tarifa sujeta a suscripción

PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de médicos de atención primaria	No requerido	No aplica
Deducible <i>(por cada año del plan)</i>	\$8,700 Individuales \$17,400 Familiar	No aplica
<i>Como se indica en el plan, los costos compartidos del miembro para ciertos servicios están excluidos de los cargos para alcanzar el deducible.</i>		
<i>Una vez que se alcanza el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su deducible por el resto del año del plan.</i>		
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>	\$8,700 Individuales \$17,400 Familiar	No aplica
<i>Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado hacia la red y el límite de OOP fuera de la red.</i>		
<i>Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite de OOP. Solo los gastos de OOP resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos se pueden usar para satisfacer el máximo de OOP.</i>		
<i>Una vez que se cumpla el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han cumplido su límite de pago por el resto del año del plan.</i>		
Pago por atención fuera de la red	No aplica	No aplica
Requisito de referencia	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	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<i>*Sujeto al plan y al Máximo Cargo Permitido. Consulte a continuación y los Documentos del Plan para obtener información adicional sobre facturación de monto y saldo potencial donde el empleado será responsable de cualquier monto cobrado por encima del monto permitido.</i>		
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
Consulta con Médicos Especialistas	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Maternidad Prenatal <i>(Visita de la oficina)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Salud mental/conductual <i>(Visita al Consultorio)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	100% de MAC 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>Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.</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
Detección de Cáncer 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
Solo hisopo de prueba COVID-19 <i>Limitado 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
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio (excepto para servicios de imágenes complejas)	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Radiografía de diagnóstico ambulatoria para servicios de imágenes complejas (Incluyendo, entre otros, resonancias magnéticas, MRA, PET y CT)	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente	100% de MAC después del deducible *	100% de MAC después del deducible *
Sala de emergencias	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Ambulancia de Emergencia	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Ambulancia no de emergencia	Sin cobertura	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención hospitalaria	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas (que no sea visita al consultorio)	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Centro de enfermería especializada La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Equipo Médico Duradero	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Planificación Familiar Cubierto solo para el diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM	Dentro de la Red	Opciones de descuento
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamento Genérico	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar breckpoint.linked.exchange y registrarse en el portal.		
Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com		

Monto Máximo Establecido:

Favor de considerar que los proveedores de servicio no necesariamente considerarán 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 + 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. Envíe sus reclamaciones de reembolso a www.breckpoint.linked.exchange.

EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS		ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS	
	LIMPIEZA DENTAL	Dentro de la Red	No aplica
	CANAL RAÍZ	Por cada año calendario o año civil	\$1,000*
	RELLENOS	Periodo de espera	Sin período de espera
	RAYOS X DENTALES	COSTE DEL PROCEDIMIENTO	REEMBOLSO
	EXAMEN ANUAL DE OJOS	HASTA \$150.00	100%
	MONTURAS DE GAFAS	\$151.01 - \$250.00	75%
	LENTES	\$251.01 - \$1,800.00	50%
	LENTES DE CONTACTO	\$1,801.01 - ARRIBA	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 Dental	El Plan Paga
		Dental Class I - Atención preventiva y de diagnóstico	Según el nivel actual de reembolso
		<ul style="list-style-type: none"> 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 Class II - Cuidados restaurativos básicos	Según el nivel actual de reembolso
		<ul style="list-style-type: none"> Empastes Dentales Radiografías periapicales 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 Anestésicos Mantenedores de espacio 	
		Dental Class III - Cuidado Restaurador Mayor	Según el nivel actual de reembolso
		<ul style="list-style-type: none"> Coronas Dentadura postiza Prótesis sobre implante Reparaciones de puentes, coronas e incrustaciones Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas Puentes Incrustaciones / Onlays 	
		Servicios Oftalmológicos o de Visión	El Plan Paga
		<ul style="list-style-type: none"> Examen oftalmológico estándar o rutinario Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales. Lentes de Contacto y Armazones 	Según el nivel actual de reembolso

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
Costo	\$26.00	\$35.70	\$39.30	\$49.00

PLAN DENTAL + VISIÓN ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

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	Cirugías (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 Ortopeda (ejercicios para los músculos oculares), por entrenamiento y terapia ocular o cualquier cirugía como tratamiento o curar.
- 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.

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

DENTAL PRO

Dental Pro ofrece servicios dentales asequibles a través de médicos de la red de Aetna. Tendrá acceso a los procedimientos preventivos cubiertos sin cargo. No se aplica ningún período de espera antes de que se puedan utilizar los beneficios. No se aplica el deducible por servicios preventivos.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
¡NUEVA! Red	DenteMax	No Cubierto
Deducible Individual/Familiar	\$50/\$150	
Preventivo/Diagnóstico (rayos x, limpiezas, etc)	0% Coseguro	No Cubierto
Restaurativo Básico (rellenos, terapia de conducto radicular, etc)	20% Co-Ins (after deductible)	
Restaurativo Grande (coronas, puentes, etc)	50% Co-Ins (after deductible)	
Ortodoncia (dependientes menores de 19 años)	50% Co-Ins (after deductible)	No Cubierto
Ortodoncia máximo de por vida	\$1,000	
Beneficio máximo pagado por año (beneficios dentales y de ortodoncia)	\$1,500	
Nivel de reembolso	Basado en tarifas reducidas contratadas*	
Período de espera	No período de espera	

EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



LIMPIEZA DENTAL



RELLENOS



CANAL RAÍZ



RAYOS X DENTALES

PROCEDIMIENTO	LIMITACIONES
Exámenes, profilaxis (limpiezas), radiografías (rutinarias)	Dos por año calendario
Fluoruro	1 por año calendar para personas menores de 20 años
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.
Puentes, coronas, incrustaciones, prótesis dentales, parciales	Reemplazo cada 5 años
Retornos, ajustes, sobrefondos	Cubierto si más de 6 meses después de la instalación
Reparaciones - puentes, prótesis dentales	Revisado si más de una vez
Mantenedores de espacio	Limitado al tratamiento no ortodóncico
Selladores	Un tratamiento por diente cada tres años hasta la edad de 14
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.

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
Costo	\$38.00	\$57.30	\$64.70	\$85.00

PLAN DENTAL PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED	
	PLAN DE PAÍS	USTED PAGA	PLAN DE PAÍS	USTED PAGA
Clase I-cuidados preventivos y diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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% <i>(deducible se aplica)</i>	20% <i>(deducible se aplica)</i>	No cubierto	100% de cargos facturados
Clase III-atención restaurativa importante <ul style="list-style-type: none"> Coronas Dentaduras Puentes Inlays/Onlays Prótesis sobre implantes Reparaciones en puentes, coronas e incrustaciones Ajustes y reparaciones de prótesis dentales 	50% <i>(deducible se aplica)</i>	50% <i>(deducible se aplica)</i>	No cubierto	100% de cargos facturados
Clase IV – ortodoncia Máximo de por vida	50% <i>(deducible se aplica)</i> \$1,000 Niños dependientes a 19 años	50% <i>(deducible se aplica)</i>	No cubierto	100% de cargos facturados

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 uncónyuge, 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.



¡BENEFICIO INCLUIDO! ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

Desarrollado por 

La enfermedad no duerme. Obtenga la atención que necesita, cuando la necesita, **¡sin costo alguno para usted!** Con los exámenes a pedido de MeMD, 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 ATENCIÓN MÉDICA DE DÍA O NOCHE

1

INICIAR SESIÓN EN MEMD

Acceda a su cuenta MeMD descargando la aplicación e ingresando el código de su plan:

Visit: www.MeMD.me/app-store Plan Code: MQ967N4T

O visitando su sitio web de MeMD: www.MeMD.me/group/breckpoint

2

SOLICITA UN EXAMEN

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

3

HABLE CON UN PROVEEDOR Y OBTENGA TRATAMIENTO

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

855.636.3669 | www.memd.me/chat

¡BENEFICIO INCLUIDO!



MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA MEJORADA CON FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS

Desarrollado por 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 para comenzar!

1. PAGUE ANTES DE RECOGER



- Ahorre hasta un 25% más ANTES de ir al farmacia pagando por adelantado en www.breckpointrx.com.

3. PRESENTE SU TARJETA RX



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

2. ORDENE POR CORREO



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



EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS SIN COSTO CUBRE MEDICAMENTOS COMO:

- Amoxicillin
- Atorvastatin
- Azithromycin (Z-Pak)
- Bupropion
- Cholecalciferol
- Ciprofloxacin
- Hydrocortisone
- Junel
- Lovastatin
- Meclizine
- Naproxen
- Nonoxynol
- Prednisone
- Tamoxifen
- Tessalon
- Viorele
- ¡Y más!



Vea la lista completa en breckpointrx.com

855.798.2538

www.breckpointrx.com

ATENCIÓN PRIMARIA VIRTUAL DIRECTA

BENEFICIOS INCLUIDO

Desarrollado por 

MeMD ofrece una solución de salud virtual líder en la industria que va mucho más allá de la atención virtual tradicional. Los empleados tienen acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a los proveedores de atención médica con licencia y altamente calificados de MeMD por teléfono, aplicación móvil o computadora para experimentar beneficios inmediatos y duraderos.

LO TENEMOS CUBIERTO

MeMD utiliza proveedores de atención médica en todo el país que están calificados para diagnosticar y tratar una amplia gama de afecciones médicas.

Atención Primaria Virtual

** Disponible para niños dependientes de 16 a 26 años. Sin límite de edad para cónyuge / pareja de hecho*

- Citas dentro de las 24 horas
- Equipo dedicado de Care Navigation
- Referencias inteligentes
- Descuentos en recetas
- Exámenes de bienestar

Atención de urgencias

** Cualquier edad puede utilizar este servicio.*

- Eventos agudos y episódicos
- Alergias / picazón en los ojos
- Fiebre
- Náuseas vómitos
- Congestión nasal
- Tos / gripe
- ¡Y más!

Salud conductual

** Terapia de adultos (18+), terapia de adolescentes (10-17); Algunos geográficos puede ser limitada. 5 visitas al mes por familia inscrita*

- Ansiedad
- Bipolar
- Depresión
- Duelo / Pérdida
- Adicción
- Ataques de pánico
- Trastornos de la alimentación
- ¡Y más!

OBTENGA ATENCIÓN MÉDICA DE DÍA O NOCHE

1 INICIAR SESIÓN EN MEMD

Acceda a su cuenta MeMD descargando la aplicación e ingresando el código de su plan:

Visit: www.MeMD.me/app-store

Código para plan de empleado: **TPMHJV2G**

Código para plan de familiar: **JHL3X73C**

O visitando su sitio web de MeMD: www.MeMD.me/group/breckpoint

2 SOLICITE UN EXAMEN

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

3 HABLE CON UN PROVEEDOR Y OBTENGA TRATAMIENTO

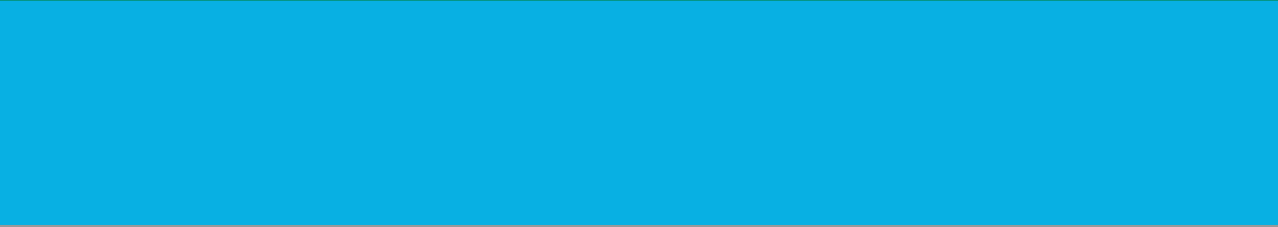
Su proveedor de MeMD revisará su expediente, hará preguntas y recomendará un plan de tratamiento.



breckpoint[®]
LEAD TOGETHER

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

benefits@breckpoint.com | 844.657.1575 | 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 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:	

B. SELECCIONE SU OPCIÓN:

Seleccione solo una opción.

MEC	COST	PRO	COST
<input type="checkbox"/> Empleado	77.00	<input type="checkbox"/> Empleado	83.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	125.80	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	144.60
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	128.20	<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	153.40
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	157.50	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	195.50
PREFERRED	COST	COMPLIANCE MVP	Please call 1.844.300.6497 to enroll.
<input type="checkbox"/> Empleado	97.00		
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	169.80		
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	184.20		
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	237.50		

DENTAL + VISION	COST	DENTAL PRO	COST
<input type="checkbox"/> Empleado	26.00	<input type="checkbox"/> Empleado	38.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	35.70	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	57.30
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	39.30	<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	64.70
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	49.00	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	85.00

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: