



breckpoint[®]
LEAD TOGETHER



Guía de Inscripción

BENEFICIOS MÉDICOS Y SUPPLEMENTARIOS

Nombre del empleador:

Período del plan:

Número de grupo:



BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS

GUIA DE BENEFICIOS MEDICOS Y SUPLEMENTARIOS

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

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

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

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

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

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

¡HAGA SUS ELECCIONES!

1 ¿PREGUNTAS? LLAMANOS

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

2 VISITE SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

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



breckpoint®

PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

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



¿PUEDO USAR ESTE PLAN COMO CUALQUIER SEGURO MÉDICO?

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



¿QUÉ ES "ACCESO ABIERTO"?

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



COMO HACER UNA CITA

¡TENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN LISTA!

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

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

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



TODAVIA NECESITA AYUDA?

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

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

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

SERVICIOS PARA MIEMBROS:

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

ASISTENCIA PARA ENCONTRAR PROVEEDORES:

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

LÍNEA DE AYUDA DE FARMACIA:

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

SERVICIOS CUBIERTOS

PARA TODOS LOS PLANES MÉDICOS

Servicios de Salud Preventivos

PARA ADULTOS

- Aneurisma Aórtico Abdominal
Examen de una sola vez
(Hombres de edades específicas que alguna vez han fumado)
- Detección y Asesoramiento por Abuso de Alcohol
- Uso de aspirina para prevenir enfermedades 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!

* Please see plan specification document for more details.



PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

ESTE PLAN INCLUYE:

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

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Sin períodos de espera.
- Programa de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grados desuentos. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por HealthWallet, consulte la hoja suelta)*

COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

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

PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

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

Minorista (Suministro de hasta 30 días)

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

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

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

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

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

Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com

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

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

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

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

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red Abierta	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 Cubierto sin gastos de bolsillo.	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios	8 Utilizaciones por año
Visita de Médico Familiar	\$25 co-pago
Visita Médico Especialista	\$35 co-pago
Visita de Clínica de Urgencias	\$50 co-pago
Maternidad pre / post natal (visita al consultorio)	No incluido
Salud mental / conductual (visita al consultorio)	No incluido
Rayos X y Laboratorio	Solo Preventivo
Imagen	Solo Preventivo
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Transporte de Viaje Compartido Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.	\$150 max/año
Formulario de Medicamentos de la ACA	Incluido
Programa de descuento de prescripciones (Proporcionado por Shield PBM)	Incluido
Formulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)	Incluido
Atención de urgencia virtual (Desarrollado por HealthWallet)	Incluido

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Visitas de doctores y cuidado urgente con copagos económicos..
- Programa de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grades desuentos. (Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos (Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)
- Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. (Proporcionado por HealthWallet, consulte la hoja suelta)
- ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de tú médico familiar	No se requiere	No aplica
Deducible (por cada año del plan)	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado-Monto Máximo (por cada año del plan, incluye deducible)	\$400 Individual \$800 Familiar	No aplica
Desembolso máximo de farmacia (OOP)	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red). El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado. Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (Proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No es requerido	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado per "HealthWallet"	Incluido	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.	\$25 co-pago	No aplica
Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.		
Consulta con Médicos Especiqlistas Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.	\$35 co-pago	No aplica
Maternidad Prenatal (Visita en Consultorio)	\$25 co-pago	No aplica
Maternidad – Parto	No está cubierto	No aplica
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños LLimitados a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".	Incluido	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Mamografías de Rutina Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.	Incluido	No aplica
Salud de la Mujer Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones	Incluido	No aplica
Detección del Cáncer de Colon Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Esterilización Femenina Voluntaria-Ligadura de Trompas Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.	Incluido	No aplica
Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica

PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

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

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

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

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

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

PLAN PREFERRED

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
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 Cubierto sin gastos de bolsillo.	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios	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 (visita al consultorio)	\$25 co-pago
Salud mental / conductual (visita al consultorio)	\$25 co-pago
Rayos X y Laboratorio (2 utilizaciones por año)	\$75 co-pago
Imagen (1 utilización por año)	\$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 Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.	\$150 max/año
Formulario de Medicamentos de la ACA	Incluido
Programa de descuento de prescripciones (Proporcionado por Shield PBM)	Incluido
Formulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)	Incluido
Atención de urgencia virtual (Desarrollado por HealthWallet)	Incluido

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Un doctor asequible visitas y copagos de atención urgente.
- 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)
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos (Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)
- Incluye Clínica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. (Proporcionado por HealthWallet, consulte la hoja suelta)
- ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia

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 (por cada año del plan)	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo (por cada año del plan, incluye deducible)	\$725 Individual \$1,450 Familiar	No aplica
Desembolso máximo de farmacia (por cada año del plan)	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red). El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado. Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No se requiere	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado por HealthWallet	Incluido	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia	\$25 co-payment	No aplica
Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.		
Consulta con Médicos Especialistas Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia	\$35 co-payment	No aplica
Maternidad Prenatal y cuidado postparto (Visita al Consultorio)	\$35 co-payment	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas (Visita al Consultorio) Límite de 10 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia	\$25 co-payment	No aplica
Maternidad - Parto	Sin cobertura	No aplica
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños 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.	Incluido	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Mamografías de Rutina Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.	Incluido	No aplica
Salud de la Mujer 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.	Incluido	No aplica
Detección del Cáncer de Colon Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.	Incluido	No aplica
Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses	Incluido	No aplica

PLAN PREFERRED ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

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 8 utilizations cada 12 meses cambiando con especialistas, no especialitas, y proveedor de atención urgente.	\$50 de copago	No aplica
Sala de Urgencias	No está cubierto	No aplica
Ambulancia de Emergencia	No está cubierto	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	No está cubierto	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No está cubierto	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción (con excepción de visita al consultorio)	No está cubierto	No aplica
Centro Especializado de Enfermería	No está cubierto	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	No está cubierto	No aplica
Equipo Médico Duradero	No está cubierto	No aplica
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	No está cubierto	No aplica
Planificación Familiar	No está cubierto	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Opciones de descuento	
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamentos Preventivos	Incluido	
Medicamento Genérico	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos disponibles	
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos disponibles	

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.** **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. **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 documen-

tos de su plan; servicios o suministros que no sean médicamente necesarios; ortesis; medicamentos y suministros de venta libre; reversión de la esterilización; servicios para el tratamiento de disfunciones o deficiencias sexuales, que incluyen terapia, suministros o asesoramiento; y enfermería especial. Servicios de control de peso que incluyen procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de control / pérdida de peso, regímenes y suplementos dietéticos, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o complementos alimenticios, programas de ejercicio, ejercicio u otro equipo; y otros servicios y suministros que están destinados principalmente a controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o con el propósito de reducir el peso, independientemente de la existencia de condiciones comórbidas.

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

PLAN DE CUMPLIMIENTO MVP

ESTE PLAN INCLUYE:

Red Abierta **AXA Open Access**

Cobertura Fuera de la Red Hospitales y Centros de Servicios estan sujetos a RBP

Deducible individual / Límite de gastos de su bolsillo \$9,100/\$9,100

Deducible familiar / Límite de gastos de su bolsillo \$18,200/\$18,200

Cuidados Preventivos & Bienestar Cubierto sin gastos de bolsillo. 100%

Visita de Cuidado Primario

Especialistas

Visita de Cuidado de Urgente

Maternidad pre / post natal (visita de oficina)

Salud mental / conductual (visita de oficina) Sujeto a Deducible más cantidades que exceder lo razonable y cantidad permitida.

Rayos X y Laboratorio

Sala de Emergencias

Ambulancia de Emergencia

Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria

Programa de descuento de prescripciones (Proporcinonado por Shield PBM) Incluido

Atencion de urgencia virtual (Desarrollado por HealthWallet) Incluido

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

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

COSTO

Empleado	Empleado + Niño(s)	Empleado+Esposo(a)	Empleado+Familia
\$525.00*	\$1050.00*	No Ofrecido	No Ofrecido

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

PLAN DE CUPLIMIENTO MVP

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

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

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

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

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

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

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

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



PLAN REEMBOLSO DENTAL + VISION

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

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

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

Los beneficios dentales y de la vista se combinan.

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

BENEFICIOS DENTALES

EL PLAN PAGA

Categoría Dental I - Atención preventiva y de diagnóstico

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

Según el nivel actual de reembolso

Categoría Dental II - Cuidados restaurativos básicos

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

Según el nivel actual de reembolso

Categoría Dental III - Cuidado Restaurador Mayor

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

Según el nivel actual de reembolso

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

\$500 Maximo de por vida de Cargos cubiertos

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS O DE VISIÓN

EL PLAN PAGA

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

Según el nivel actual de reembolso

COSTO

Empleado

Empleado+Hijo(s)

Empleado+Esposo(a)

Empleado+Familia

PLAN DE REEMBOLSO DENTAL + VISION

ESPECIFICACIONES DEL PLAN

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

Procedimiento Visión	Restricciones	Procedimiento Visión	Restricciones
Examen Oftalmológico	Uno por año calendario	Armazones	Un fotograma cada dos años calendario
Lentes de Armazon	Uno por año calendario	Lentes de contacto	Uno por año calendario

Exclusiones de sus Beneficios del Plan Dental + Visión:

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

Exclusiones de Beneficios Dentales:

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

Exclusiones de Beneficios Oftalmológicos:

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

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



PLAN DENTAL PRO

Dental Pro ofrece servicios dentales asequibles a través de médicos de la red de DenteMax. 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.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Red	DenteMax	No Cubierto
Deducible Individual/Familiar	\$50/\$150	
Preventivo/Diagnóstico (rayos x, limpiezas, etc)	100%	
Restaurativo Básico (rellenos, terapia de conducto radicular, etc)	80% (after deductible)	
Restaurativo Grande (coronas, puentes, etc)	50% (after deductible)	
Ortodoncia (dependientes menores de 19 años)	50% (after deductible)	
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	

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
	EL PLAN PAGA	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	EL PLAN PAGA No cubierto USTED PAGA 100% de cargo 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% (deducible se aplica)	20% (deducible se aplica)	EL PLAN PAGA No cubierto USTED PAGA 100% de cargo 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% (deducible se aplica)	50% (deducible se aplica)	EL PLAN PAGA No cubierto USTED PAGA 100% de cargo facturados
Clase IV – ortodoncia <ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida 	50% (deducible se aplica) \$1,000 Niños dependientes hasta 19 años	50% (deducible se aplica)	EL PLAN PAGA No cubierto USTED PAGA 100% de cargo facturados

COSTO	Empleado	Empleado+Hijo(s)	Empleado+Espos(a)	Empleado+Familia
-------	----------	------------------	-------------------	------------------

PLAN DENTAL PRO

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Procedimiento	Limitaciones	Procedimiento	Limitaciones
Exámenes	Dos por año calendario	Fluoruro	1 por año calendar para personas menores de 20 años
profilaxis (limpiezas)	Dos por año calendario	radiografías (rutinarias)	Dos por año calendario
Radiografías (no rutinarias)	Boca completa: 1 cada 36 meses consecutivos. Panorex: 1 cada 36 meses consecutivos	Retornos, ajustes, sobrefondos	Cubierto si más de 6 meses después de la instalación
Cirugias (todas)	Limitado al retiro de dientes, a la preparación de la boca para las dentaduras y a la eliminación de quistes dientegenerados.	Reparaciones - puentes, prótesis dentales	Revisado si más de una vez
coronas, incrustaciones	Reemplazo cada 5 años	Mantenedores de espacio	Limitado al tratamiento no ortodóncico
prótesis dentales, parciales	Reemplazo cada 5 años	Puentes	Reemplazo cada 5 años
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.	Selladores	Un tratamiento por diente cada tres años hasta la edad de 14
		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 ladimensión 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 conuna 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 deun 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 seproporcionan beneficios para ese servicio bajo este plan y cualquier plan de gastos médicos o programa de tratamiento prepagado patrocinado ohecho disponible por su empleador

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



breckpoint®

LEAD TOGETHER

ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

powered by



HealthWallet

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

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

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

OBTENGA CUIDADO MEDICO DE DIA Y DE NOCHE

1 DESCARGUE LA APLICACIÓN

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

2 REGISTRESE

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

3 ACCESSE Y PROGRAME CITAS

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



ESCANEE AQUÍ para descargar la aplicación HealthWallet

PARA AYUDA llame al 1.866.918.7735 o envíe un correo electrónico

support@healthwallet.com



breckpoint®

LEAD TOGETHER

MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA MEJORADA

con formulario de medicamentos agudos

powered by SHIELD PBM

LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

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

1. PAGUE ANTES DE RECOGER



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



2. ORDENE FOR CORREO

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



3. PRESENTE SU TARJETA RX

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

EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS SIN COSTO CUBRE MEDICAMENTOS COMO:

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

ESCANEE AQUÍ para saber más sobre el portal BreckpointRx Consulte la lista completa de medicamentos en breckpointrx.com

855.798.2538



FORMATO DE REGISTRO

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO Favor de llenar el presente Formato de Registro y regresario al Departamento de Recursos Humanos de la empresa para la trabaja

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

B. SELECCIONE SU OPCIÓN Tarifas deducidas de nómina: seleccione el nivel de cada producto en el que desea inscribirse.

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

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

MVP COMPLIANCE PLAN Llame al
1.844.300.6497
para inscribirse.

C. INFORMACIÓN DEPENDIENTE REQUERIDA

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

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

RECONOCIMIENTO Y RENUNCIA VOLUNTARIA

D. FIRMA REQUERIDA Debe firmar y fechar para inscribirse en la cobertura.

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

Acepto las opciones de cobertura seleccionadas

Fecha:

Firma:

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

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

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

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

Fecha:

Firma:



breckpoint®