

PLAN MEC

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de enero de 2022 - 31 de diciembre de 2022

Cobertura para: Empleado/Familia | Tipo de plan: Red abierta

Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado.**

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite my.breckpoint.com o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de **términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor** u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en my.breckpoint.com o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué esto importa: |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0.00 individual \$0.00 proveedores familiares participantes | Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible? | No. No hay otros deducibles específicos. | No hay deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan? | No aplica | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo en sus gastos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados para este plan? | \$5,000 individual \$10,000 proveedores familiares participantes | El límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo de recetas hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de recetas familiares |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo? | No aplica | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo en sus gastos. |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red? | No. Puede buscar tratamiento de cualquier médico/hospital/proveedor con licencia de los servicios médicos de su elección y el Plan pagará beneficios por los gastos cubiertos en función de un Cargo permitido. | Este plan trata a los proveedores de la misma manera al determinar el pago de todos los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista? | No | Puede ver al especialista que elija sin una referencia. |

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**. Los Cargos Máximos Permitidos (MAC) se utilizan como el cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. El programa de tarifas se aplica a los códigos de facturación del proveedor (CPT, DRG, etc.) y cubrirá la mayoría de los cargos realizados por los proveedores. El cronograma de reembolso es del 150% de la tasa de reembolso de Medicare para médicos y del 150% de la tasa de reembolso de Medicare para instalaciones. Esto significa que el reembolso se establece en un 50% más bajo este plan de lo que se paga por proporcionar el mismo servicio a un paciente de Medicare.

| Evento Médico Común | Servicios Que Pueda Necesitar | Lo Que Pagarás | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|---|
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Atención preventiva/detección/ inmunización | Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible | Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF), a menos que se especifique específicamente este Programa de Beneficios, y puede ubicarse en los siguientes sitios web: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/ |
| | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | No está cubierto | Ninguno |
| | Visita de especialista | No está cubierto | Ninguno |
| Si tienes una prueba | Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre) | No está cubierto | Ninguno |
| | Imágenes (CT/ PET, resonancias magnéticas) | No está cubierto | Ninguno |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.BreckpointRX.com | Drogas preventivas | En farmacia y pedido por correo: Cubierto, sin desembolso adicional, no se aplica el deducible (solo para medicamentos preventivos) | Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en el comercio minorista. |
| | Drogas genericas | En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 5.00 | |
| | Medicamentos de marca preferidos | En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 50.00 | Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en el comercio minorista. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$ 100.00 | |
| | Medicamentos especiales | No está cubierto | |

| Evento Médico Común | Servicios Que Pueda Necesitar | Lo Que Pagarás | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|--|---|
| Si tiene cirugía ambulatoria | Tarifa de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | No está cubierto | No está cubierto |
| | Honorarios de médico/cirujano | No está cubierto | No está cubierto |
| Si necesita atención médica inmediata. | Cuidado de la sala de emergencias | No está cubierto | No está cubierto |
| | Transporte médico de emergencia | No está cubierto | No está cubierto |
| | Atención de urgencias | No está cubierto | No está cubierto |
| Si tiene una hospitalización | Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación de hospital) | No está cubierto | No está cubierto |
| | Honorarios de médico/cirujano | No está cubierto | No está cubierto |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Salud mental y del comportamiento: No está cubierto Abuso de sustancias: No está cubierto | No está cubierto |
| | Servicios de hospitalización | Salud mental y conductual: No está cubierto Abuso de sustancias: No está cubierto | No está cubierto |
| Sí estas embarazada | Visitas a la oficina | No está cubierto | A menos que sea para servicios preventivos. |
| | Servicios profesionales de parto | No está cubierto | No está cubierto |
| | Servicios de parto | No está cubierto | No está cubierto |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | Cuidados de salud en el hogar | No está cubierto | No está cubierto |
| | Servicios de rehabilitación | No está cubierto | No está cubierto |
| | Servicios de habilitación | No está cubierto | No está cubierto |
| | Enfermería especializada | No está cubierto | No está cubierto |
| | Equipo médico duradero | No está cubierto | No está cubierto |
| | Servicio de hospicio | No está cubierto | No está cubierto |
| Si su hijo necesita atención dental u ocular | Examen de la vista para niños | No está cubierto | A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible. |
| | Gafas para niños | No está cubierto | A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible. |
| | Chequeo dental para niños | No está cubierto | A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre:

(Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
- Tratamientos o procedimientos experimentales.
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) amenos que lo exija la Ley de Atención Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Programas de pérdida de peso (a menos que se cumplan las disposiciones del plan)

Otros servicios cubiertos:

(Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Verifique su póliza o documento del plan

Otros productos auxiliares:

- Además de los beneficios de este plan, tiene otras opciones de servicios que incluyen telesalud y otros proveedores de servicios. Consulte su guía de inscripción o RR. Representante para más información.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el patrocinador del plan al (844) 798-4878 o el administrador de reclamos del plan al (844) 798-4878, o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Beneficios para empleados Administración de Seguridad al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si. Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, debe realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? No. Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura exclusiva.

| Peg está teniendo un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital) | |
|--|-----------------|
| El deducible general del plan | \$0.00 |
| Proveedor de atención primaria | \$0.00 |
| Hospital (instalación) | \$0.00 |
| Otro | 0% |
| Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto/parto, Servicios en centros de parto/parto, Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre), Visita al especialista (anestesia) | |
| Costo total de ejemplo | \$12,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| Compartir costos | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$12,800 |
| El total que pagaría Peg es | \$12,800 |

| Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada) | |
|--|----------------|
| El deducible general del plan | \$0.00 |
| Proveedor de atención primaria | \$0.00 |
| Hospital (instalación) | \$0.00 |
| Otro | 0% |
| Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos con receta, Equipo médico duradero (medidor de glucosa) | |
| Costo total de ejemplo | \$7,400 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| Compartir costos | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$7,400 |
| El total que Joe pagaría es | \$7,400 |

| La fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red) | |
|---|----------------|
| El deducible general del plan | \$0.00 |
| Proveedor de atención primaria | \$0.00 |
| Hospital (instalación) | \$0.00 |
| Otro | 0% |
| Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos), Prueba de diagnóstico (rayos X), Equipo médico duradero (muletas), Servicios de rehabilitación (fisioterapia) | |
| Costo total de ejemplo | \$1,050 |
| En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| Compartir costos | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$1,050 |
| El total que pagaría Mia es | \$1,050 |

El plan sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLO de servicios cubiertos.