



# BIENVENIDO A SUS

# BENEFICIOS DE SALUD

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

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

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

Puede encontrar información adicional sobre estos beneficios y un Resumen de cobertura y beneficios (SBC) en

[my.breckpoint.com](http://my.breckpoint.com). Una copia impresa del SBC también está disponible, sin cargo, llamando 1.844.657.1575.

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

## ¡TIENE 2 MANERAS DIFERENTES DE HACER SUS ELECCIONES!

1

### LLAMENOS

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 RH.



# ¡NOTICIAS EMOCIONANTES!

## RED DE ACCESO ABIERTA

### IMPULSANDO AHORROS PARA LOS PLANES MEC

## SOLUCIÓN DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL

Red de acceso abierta que mejora el acceso y los ahorros

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

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

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

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

## NUESTRAS VENTAJAS

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

Asistencia de la red de proveedores de AXA | 866.762.4455

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

# SERVICIOS CUBIERTOS PARA TODOS LOS PLANES

## Servicios de Salud Preventivos

### PARA ADULTOS

- **Aneurisma aórtico abdominal**  
Examen de detección por única vez  
*(Hombres de edades específicas que alguna vez hayan fumado)*
- **Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares**
- **Examen de presión arterial**
- **Examen de colesterol**  
*(Adultos de determinadas edades o con mayor riesgo)*
- **Examen de detección de cáncer colorrectal** *(Adultos mayores de 50)*
- **Examen de detección de depresión**
- **Examen de detección de diabetes (tipo 2)** *(Adultos con presión arterial alta)*
- **Intervención de prevención de caídas** *(Adultos mayores de 65 con mayor riesgo)*
- **Asesoramiento sobre dieta saludable**
- **Detección de Hepatitis B**
- **Detección de Hepatitis C**
- **Medicamentos de preexposición al VIH**
- **Detección de VIH**
- **Vacunas de inmunización**
- **Examen de detección de cáncer de pulmón** *(Adultos hasta 24 años)*
- **Asesoramiento y detección de obesidad**
- **Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual**
- **Asesoramiento conductual para el cáncer de piel** *(Adultos hasta 24 años)*
- **Medicamentos preventivos con estatinas** *(Adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV)*
- **Examen de detección de Sífilis**
- **Asesoramiento y detección del consumo de tabaco**
- **La detección de Tuberculosis malsano**
- **Asesoramiento y detección de abuso de alcohol**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Prueba de COVID-19 (solo hisopo)**  
*(Uno por año del plan por miembro)*

### PARA MUJERES

- **Detección de Bacteriuria**  
*(Mujeres embarazadas)*
- **Asesoramiento sobre Quimioprevención del Cáncer de Mama**
- **Asesoramiento sobre pruebas genéticas de Cáncer de Mama (BRCA)**
- **Exámenes de mamografía de Cáncer de Mama** *(Una vez al año para mujeres mayores de 40 años. No se cubren las imágenes complejas)*
- **Medicamentos preventivos contra el Cáncer de Mama**
- **Asesoramiento y apoyo para la lactancia materna**
- **Examen de detección de Cáncer de Cuello Uterino** *(Mujeres sexualmente activas)*
- **Examen de detección de infección por Clamidia**
- **Anticoncepción** *(Métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos)*
- **Asesoramiento y detección de violencia doméstica**
- **Suplementos de ácido fólico**
- **Examen de detección de Diabetes Gestacional** *(Mujeres de 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional)*
- **Examen de detección de Gonorrea**
- **Examen de detección de Hepatitis B**
- **Detección de VIH**
- **Vacunas de Inmunización**
- **Examen de detección de Osteoporosis** *(Mujer de 65 años o más)*
- **Examen de detección de depresión perinatal**
- **Examen de detección de preeclampsia y medicación preventiva**
- **Prueba de detección de incompatibilidad de Rh**
- **Examen de detección de sífilis**
- **Asesoramiento sobre el consumo de tabaco**
- **Suplementación de vitamina D**

### PARA NIÑOS

- **Examen de detección de depresión**
- **Suplementos de Quimioprevención con-Flúor** *(Bebés y niños hasta 5 años)*
- **Medicamentos profilácticos para la gonorrea** *(Recién nacidos)*
- **Hemoglobinopatías o células falciformes**  
**Cribado** *(recién nacidos)*
- **Detección de VIH**
- **Examen de detección de hipotiroidismo** *(Recién nacidos)*
- **Vacunas de Inmunización**
- **Asesoramiento y detección de obesidad**
- **Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU)**
- **Asesoramiento-conductual-para-el cáncer-de-piel**
- **Infecciones de transmisión sexual**
- **Intervenciones contra el consumo de tabaco**
- **Examen de agudeza visual** *(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 mama**
- **Anticonceptivos**
- **Suplementos de fluoruro**
- **Ácido fólico**
- **Estatinas**
- **Cese del tabaco**
- **Suplementos vitamínicos**
- **Vea la lista completa en [breckpointrx.com](http://breckpointrx.com)**

# PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

## ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
<b>¡NUEVO!</b> Red	AXA Open Access
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/ Ninguno
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/Ninguno
Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia	\$5,000/\$10,000
<b>Cuidado Preventivo</b> <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
<b>Utilizaciones de médicos y consultorios</b>	N/A
Visita de atención primaria	No incluido
Visita al especialista	No incluido
Visita de atención urgente	No incluido
Maternidad Pre / Post Natal	No incluido
Salud mental / conductual	No incluido
Rayos X y Laboratorio	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de emergencias	No incluido
Transporte de emergencia	No incluido
<b>Servicios para pacientes ambulatorios / hospitalizados</b>	
<b>Admisión al hospital</b>	No incluido
<b>Transporte de Viaje Compartido</b> <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	No incluido
<b>Programa de prescripción</b> <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	\$5-\$200 co-pay
<b>¡NUEVO!</b> <b>Formulario de medicamentos agudos</b> <i>(Shield PBM)</i>	Incluido
<b>Atención de urgencia virtual</b> <i>(Desarrollado por MeMD)</i>	Incluido

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- ◆ Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- ◆ Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.
- ◆ Sin períodos de espera.
- ◆ Programa de prescripción incluido con copagos a \$5. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- ◆ Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- ◆ Sin copagos con Clínica de Urgencias Virtual 24/7. *(Proporcionado por MeMD, consulte la hoja suelta)*

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

	Employee Only	Employee + Child(ren)	Employee + Spouse	Employee + Family
Costo				

# PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Selección de tú médico familiar</b>	No se requiere	No aplica
<b>Deducible</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
<b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b> <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Máximo de desembolso en farmacia (OOP)</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	No aplica
<i>El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red).</i>		
<i>El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el límite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la aplicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.</i>		
<i>Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.</i>		
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado</b> <i>(proveedores y servicios fuera de la red)</i>	No aplica	No aplica
<b>Referencia Obligatoria</b>	No aplica	No aplica
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Clínica de Urgencias Virtual</b> <i>Servicio Proporcionado por "MeMD"</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Maternidad Prenatal</b> <i>(Visita en Consultorio)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Cuidado Preventivo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
<b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Mamografías de Rutina</b> <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Salud de la Mujer</b> <i>Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico</b> <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Detección del Cáncer de Colon</b> <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular)</b> <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas</b> <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Solo hisopo de prueba COVID-19</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Procedimientos o Servicios de Diagnóstico</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio</b>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria)</b> <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica

Servicio Medico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Sala de Urgencias	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Centro Especializado de Enfermería <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Planificación Familiar <i>Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica señalada.</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Dentro de la Red	
<b>Retail</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
Medicamento Genérico	Copago a partir de \$5 no cubierto	
Medicamentos de Marca Preferida	Copago a partir de \$50 no cubierto	
Medicamentos de Marca No Preferida	Copago a partir de \$100 no cubierto	
Medicina Especializada <i>(Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
<b>Entrega a Domicilio</b> <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	Copago a partir de \$5 no cubierto	
Medicamentos de Marca Preferida	Copago a partir de \$50 no cubierto	
Medicamentos de Marca No Preferida	Copago a partir de \$100 no cubierto	
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar <a href="http://my.breckpoint.com">my.breckpoint.com</a> y registrarse en el portal.</i>		

### El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:

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

### Lo que no está cubierto:

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

Ortopédicos;

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

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado.

Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

# PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO (MVP)

## ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Valor mínimo	✓
<b>¡NUEVO!</b> Red Abierta	AXA Open Access
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$7,600/\$7,600
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$15,200/\$15,200
<b>Preventivo y Bienestar</b> <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
<b>Visita de Médico Familiar</b>	100% de MAC* después del deducible  *Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")
<b>Visita Médico Especialista</b>	
<b>Visita de Clínica de Urgencias</b>	
<b>Maternidad pre / post natal</b> <i>(visita al consultorio)</i>	
<b>Salud mental / conductual</b> <i>(visita al consultorio)</i>	
<b>Rayos X y Laboratorio</b>	
<b>Sala de Emergencias</b>	
<b>Ambulancia de Emergencia</b>	
<b>Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria</b>	
<b>Descuento de receta Rx</b> <i>(Desarrollado por Shield PBM)</i>	
<b>Transporte de Viaje Compartido</b>	No incluido
<b>Clínica de Urgencias Virtual</b> <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Incluido

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- **Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.**
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- **Sin periodos de espera.**
- **Sin copagos con Clínica de Urgencias Virtual 24/7.**  
*(Proporcionado por MeMD, consulte la hoja suelta)*
- **Beneficios RX incluidos.**  
*(Proporcionado por Shield PBM)*
- **Brinda cobertura médica mayor. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente para obtener detalles adicionales.**

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

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

\*tarifa sujeta a suscripción



# PLAN DE VALOR MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Selección de médicos de atención primaria</b>	No requerido	No aplica
<b>Deducible</b> <i>(por cada año del plan)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>Como se indica en el plan, los costos compartidos del miembro para ciertos servicios están excluidos de los cargos para alcanzar el deducible.</i>		
<i>Una vez que se alcanza el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su deducible por el resto del año del plan.</i>		
<b>Coaseguro del Socio Afiliado</b> <i>(aplicable a todos los gastos a menos que se estipule lo contrario)</i>	0%	No aplica
<b>Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo</b> <i>(por año del plan, incluye deducible)</i>	\$7,600 Individuales \$15,200 Familiar	No aplica
<i>Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado hacia la red y el límite de OOP fuera de la red.</i>		
<i>Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite de OOP. Solo los gastos de OOP resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos se pueden usar para satisfacer el máximo de OOP.</i>		
<i>Una vez que se cumpla el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han cumplido su límite de pago por el resto del año del plan.</i>		
<b>Pago por atención fuera de la red</b>	No aplica	No aplica
<b>Requisito de referencia</b>	No se necesita	No aplica
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Clínica de Urgencias Virtual</b> <i>Servicio Proporcionado por "MeMD"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Consulta con Médicos No Especialistas</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<i>*Sujeto al plan y al Importe Máximo Autorizado, esta información se estipula en el presente y en los documentos de su plan de salud. Revisar balance de facturación y monto máximo autorizado. Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Maternidad Prenatal</b> <i>(Visita de la oficina)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Salud mental/conductual</b> <i>(Visita al Consultorio)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Cuidado preventivo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<i>Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.</i>		
<b>Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Chequeo Anual y Vacunas para Niños</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes Ginecológicos de Rutina</b> <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Mamografías de Rutina</b> <i>Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Salud de la mujer</b> <i>Incluye: detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y cribado para Vih, cribado y consejería para la violencia interpersonal y doméstica, apoyo a la lactancia materna, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y consejería. Se pueden aplicar limitaciones.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Examen rectal digital rutinario / Prueba de antígeno prostático específico</b> <i>Para hombres cubiertos de 18 años y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Deteccion de Cancer Colorrectal</b> <i>Para todos los miembros de la edad 50 y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Exámenes oculares de rutina (Refracción)</b> <i>Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
<b>Solo hisopo de prueba COVID-19</b> <i>Limitado a 1 examen cada 12 meses</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
<b>Esterilización voluntaria - Ligadura</b> <i>Cubierto como un Servicio de atención preventiva de acuerdo con la reforma del cuidado de salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Laboratorio de diagnóstico ambulatorio</b>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio</b> <i>(excepto para servicios de imágenes complejas)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
<b>Radiografía de diagnóstico ambulatoria para servicios de imágenes complejas</b> <i>(Incluyendo, entre otros, resonancias magnéticas, MRA, PET y CT)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Proveedor de atención urgente</b>	100% de MAC después del deducible *	100% de MAC después del deducible *
<b>Sala de emergencias</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Ambulancia de Emergencia</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Ambulancia no de emergencia</b>	Sin cobertura	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Atención hospitalaria</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas</b> <i>(que no sea visita al consultorio)</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Centro de enfermería especializada</b> <i>La Cobertura está limitada a 120 días por plan y por año.</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Servicios de Terapia y Rehabilitación</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Equipo Médico Duradero</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Boca, Quijada y Dientes</b> <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Planificación Familiar</b> <i>Cubierto solo para el diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento</b> <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Opciones de descuento</b>
<b>Venta minorista</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
<b>Medicamento Genérico</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicina Especializada</b> <i>(Suministro de hasta 30 días)</i> <i>Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Entrega a Domicilio</b> <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
<b>Medicamentos Genéricos</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<b>Medicamentos de Marca No Preferida</b>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
<i>La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar <a href="http://my.breckpoint.com">my.breckpoint.com</a> y registrarse en el portal.</i>		

#### **Monto Máximo Establecido:**

Favor de considerar que los proveedores de servicio no necesariamente consideran el pago del plan (monto máximo establecido) como el pago total, esto quiere decir que le pueden mandar una factura por la diferencia entre el costo del servicio y el monto máximo autorizado por su plan de salud. Usted será responsable de pagar este monto, el cual puede ser muy alto. Usted también será responsable por los cargos de servicios, por el material médico y los procedimientos que se encuentran con restricciones o excluidos de su plan de salud, al igual que cualquier deducible, coaseguro y/o copago que aplique.

#### **El Plan de Farmacia incluye lo siguiente:**

Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo adquirido de una farmacia. Los Anticonceptivos Femeninos Genéricos, se encuentran aprobados por la "FDA" y serán cubiertos en su totalidad (dentro de la red). No todos los fármacos se encuentran cubiertos.

#### **Lo que no está cubierto:**

Todos los servicios médicos y hospitalarios no cubiertos o los que se encuentran limitados o excluidos dentro de su plan; Cargos relacionados con cirugía oftalmológica para corregir errores refractivos; Cirugía Cosmética, incluyendo reducción de senos; Cuidado custodial; Cuidado dental y de rayos x; Fecundación In Vitro; Procedimientos de Investigación y Experimentación; Problemas Auditivos;

Vacunas para viajeros o trabajadores, Servicios de Infertilidad, incluyendo sin limitación a inseminación artificial y a tecnologías de reproducción avanzadas o a otros servicios relacionados, a menos que se encuentre especificado como cubierto en su plan; Servicios o Productos no médicos; Ortopédicos; Medicamentos sin Prescripción médica; Reversión de Esterilización; Servicios para el tratamiento de disfunción eréctil, incluyendo terapia, productos o consejería o enfermeras especializadas. Control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos; tratamientos médicos, programas de control y pérdida de peso, dietas y suplementos, inhibidor de apetito y otros medicamentos relacionados; Alimentos o Suplementos Alimenticios; Programas de ejercicio, equipo de ejercicio y cualquier otro producto cuya intención primordial sea controlar o perder peso, incluyendo obesidad mórbida o para el propósito de reducción de peso, sin importar la existencia de afecciones comórbidas. El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado. Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.



# ¡BENEFICIO INCLUIDO! ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

Desarrollado por 

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

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



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

## OBTENGA ATENCIÓN MÉDICA DE DÍA O NOCHE

1

### INICIAR SESIÓN EN MEMD

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

Visit: [www.MeMD.me/app-store](http://www.MeMD.me/app-store) Plan Code: **MQ967N4T**

O visitando su sitio web de MeMD: [www.MeMD.me/group/breckpoint](http://www.MeMD.me/group/breckpoint)

2

### SOLICITE UN EXAMEN

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

3

### HABLE CON UN PROVEEDOR Y OBTENGA TRATAMIENTO

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

855.636.3669 | [www.memd.me](http://www.memd.me)

¡BENEFICIO INCLUIDO!



# MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA MEJORADA CON FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS

Desarrollado por SHIELD PBM

## LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

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

### 1. PAGA ANTES DE IRSE



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

### 3. PRESENTE TU TARJETA RX



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



### 2. PEDIDO POR CORREO



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

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

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



Vea la lista completa en [breckpointrx.com](http://breckpointrx.com)

855.798.2538

[www.breckpointrx.com](http://www.breckpointrx.com)



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

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

**benefits@breckpoint.com | 844.657.1575 | www.breckpoint.com**

