



El Resumen de Beneficios y Cobertura “SBC en inglés” le ayudará a seleccionar un plan de salud. Este documento le indicará la forma en que usted y el plan compartirán el costo de los servicios de salud (cubiertos). **AVISO:** El costo de este plan (prima) se proporcionará por separado.

Éste es solo un resumen. Para más información acerca de su cobertura o para obtener una copia de los términos de la cobertura, visite my.breckpoint.com o llame al (844) 798-4878. Para obtener una descripción general de los términos, como el monto permitido, monto a cobrar, coaseguro, copago, deducible, proveedor, o para cualquier termino subrayado, ver el Glosario en my.breckpoint.com o llame al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> ?	\$0.00 individual \$0.00 familiar	Revise los Eventos Medios Comunes en esta tabla para saber los gastos cubiertos por el <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de llegar al monto total del deducible?	No. No existe ninguno.	No aplica ningún <u>deducible</u> . Revise la lista de <u>servicios preventivos cubiertos en: https://my.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</u>
¿Existe otro deducible para cubrir servicios específicos?	No	Usted no tiene que cubrir otros <u>deducibles</u> para obtener servicios específicos
¿Cuál es el <u>límite del gasto extra a pagar por mi cuenta para este plan?</u>	No aplica	Este <u>plan</u> no cuenta con ningún <u>gasto extra a pagar por su cuenta</u> .
¿Qué es lo que no está cubierto dentro del <u>gasto extra a pagar por mi cuenta?</u>	No aplica	Este <u>plan</u> no cuenta con ningún <u>gasto extra a pagar por su cuenta</u> .
¿Si utilizo proveedores de servicio <u>dentro de la red</u> , mi monto a pagar será menor?	No. Usted puede seleccionar cualquier médico, hospital o proveedor de servicios de su preferencia y el Plan pagará los gastos cubiertos basándose en el Cargo Permitido.	Este plan trata a los <u>proveedores de servicio</u> igual al determinar el pago por sus honorarios o con respecto a cualquier gasto incurrido.
¿Se necesita referencia para visitar a un especialista?	No	Usted puede visitar al <u>especialista</u> de su preferencia sin necesidad de una <u>referencia</u>



Los gastos de [copagos](#) y [coaseguros](#) en esta tabla se aplicarán después de haber cubierto el [deducible](#), en el caso de que aplique un [deducible](#). Los Gastos Máximos Permisibles (MAC en inglés) se refiera a los gastos máximos autorizados para cubrir a los proveedores de servicio. Existe una estructura tarifaria aplicable a los códigos de proveedores “CPT; DRG, etc.” con lo que se cubrirá la mayor parte de sus costos. El reembolso es de un 150% del monto establecido por Medicare hacia honorarios de doctores y hospitales o clínicas. Esto quiere decir que el presente Plan reembolsa un 50% más que lo establecido por Medicare.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que usted tiene que pagar	Restricciones, Excepciones e Información Relevante
Si utiliza proveedores de servicio como clínicas o doctores	<u>Cuidado Preventivo / Exámenes de Salud / Inmunizaciones</u>	Sin cargo	Sujeto a edad y restricciones de desarrollo, según lo estipulado por la “USPSTF”, a menos que se especifique lo contrario en el presente documento y que además aparezca en la siguiente página: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/
	Clínica de Urgencias Virtual (Servicio Proporcionado por “MeMD”)	Sin cargo	----- ninguna -----
	Visita a médico familiar para tratar una lesión o una enfermedad	Sin cargo	----- ninguna -----
	Visita a un <u>Especialista</u>	Sin cargo	----- ninguna -----
Si se realiza un Examen de Salud	<u>Laboratorio</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	----- ninguna -----
	Imagenología (Tomografía Computarizada / Examen de TEP, Resonancia Magnética)	Sin cargo	----- ninguna -----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad Usted podrá encontrar más información de la cobertura de medicinas en www.rxvalet.com	Medicamentos Preventivos	En Farmacia o por mensajería. Sin cargo para medicina preventiva y no aplica deducible	Cubre hasta 30 días de suministro (minorista) & 31-90 días de suministro (por mensajería). Cualquier medicamento que no sea reembolsable por el plan de salud, usted podrá encontrar ese medicamento con descuento en una farmacia (minorista) utilizando Rx Valet.
En caso de cirugía ambulatoria	Cargo por uso de clínica (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Honorarios del médico y cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidados Intensivos o de Urgencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Ambulancias (transporte de urgencia)</u>	Sin cobertura	Sin cobertura

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que usted tiene que pagar	Restricciones, Excepciones e Información Relevante
	<u>Terapia intensiva</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
Si necesita hospitalización	Cargo por uso de clínica (por ejemplo, cuarto de hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicio ambulatorio	Salud mental y problemas de comportamiento: Sin cobertura Abuso de sustancias: Sin cobertura	Sin cobertura
	Hospitalización	Salud mental y problemas de comportamiento: Sin cobertura Abuso de sustancias: Sin cobertura	Sin cobertura
Si esta embarazada	Citas medicas	Sin cobertura	Solo para servicios preventivos.
	Servicio profesional de parto	Sin cobertura	Sin cobertura
	Servicio de habitación	Sin cobertura	Sin cobertura
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	<u>Cuidado de salud en el hogar</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidado especializado de enfermería</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Equipo o instrumental medico</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidado de hospicio</u>	Sin cobertura	Sin cobertura
Si su hijo necesita cuidado dental y de visión	Examen de la vista a menores de edad	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el "ACA"
	Lentes para menores de edad	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el "ACA"
	Examen dental a menores de edad	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el "ACA"

Excluded Services & Other Covered Services:

Servicios normalmente NO cubiertos por su plan (Revise su póliza y los documentos de su plan para más información y para una lista de servicios no cubiertos.)

- | | | |
|--|--|--|
| • Tratamientos y Procedimientos Experimentales | • Tratamientos y Procedimientos Experimentales | • Tratamientos y Procedimientos Experimentales |
| • Cuidado Auditivo | • Cuidado Auditivo | • Cuidado Auditivo |
| • Tratamientos de Infertilidad | • Tratamientos de Infertilidad | • Tratamientos de Infertilidad |
| • Cuidado de salud a largo plazo | • Cuidado de salud a largo plazo | • Cuidado de salud a largo plazo |
| • Cuidado de No-emergencia estando en el extranjero (fuera de USA) | • Cuidado de No-emergencia estando en el extranjero (fuera de USA) | • Cuidado de No-emergencia estando en el extranjero (fuera de USA) |

Otros Servicios Cubiertos (Aplican restricciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Favor de revisar el documento del plan.)

- Favor de revisar su póliza de seguro y los documentos de su plan

Su Derecho de Continuar con Cobertura: Hay agencias encargadas de ayudarlo a continuar con su cobertura de seguro de salud. El nombre de la agencia es “EBSA - Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration”, puede llamarlos al 1-866-444-EBSA (3272) o en su página www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener otras opciones de cobertura o adquirir un Seguro individual a través del “Health Insurance **Marketplace**”, visite su página www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias cargadas de apoyarlo si usted tiene una queja de su plan de salud o si su **reclamación** fue rechazada. A esto se le conoce como presentar una objeción o una apelación. Para mayor información acerca de sus derechos, favor de revisar el documento con la explicación de sus beneficios en referencia a la reclamación. Los documentos de su plan también le proporcionarán información para poder presentar una objeción o una apelación de su reclamación rechazada. Para obtener más información acerca de sus derechos, de la presente información o asistencia, favor de llamar al **(614) 863-8780 / (800) 521-2654** o a la empresa encargada de administrar sus reclamaciones al (614) 863-8780 / (800) 521-2654 o contacte al “U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration” al 1-866-444-EBSA (3272) o visite su página www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan de salud proporciona la Cobertura Mínima Esencial? [Si]

Si usted no cuenta con la Cobertura Mínima Esencial durante un mes, usted tendrá que pagar una penalización al momento de presentar sus impuestos, a menos que haya calificado para una exención que no lo obligue a cumplir con el mandato.

Este plan de salud cumple con la norma de Valor Mínimo Estándar? [Si]

Si su plan de salud no cuenta con el Valor Mínimo Estándar, usted podría obtener un crédito para ayudarlo a pagar su plan de salud a través del Marketplace.

-----*Para ver ejemplos sobre como este plan paga por los servicios en una situación médica, favor de leer la próxima página.*-----

Ejemplos de Cobertura:



Esta tabla no es una cotización. Los tratamientos mostrados a continuación son solo ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir una enfermedad o padecimiento médico. El costo real va a variar dependiendo el plan contratado, los cargos de los **proveedores** de servicio y otros factores. Favor de fijarse en los **gastos compartidos** (**deducibles**, **copagos** y **coaseguros**) y en los servicios no incluidos dentro de su **plan**. Utilice esta información y compare la porción de los costos que usted podría pagar según su plan. Estos ejemplos están basados en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebe

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en hospital)

■ El deducible del plan	\$0.00
■ Coaseguro por visitas de doctor	0%
■ Coaseguro por hospitalización	0%
■ Otro	0%

Este EJEMPLO incluye lo siguiente:

Visitas en Consultorio (*cuidado prenatal*)
 Servicio Profesional de Parto (servicio médico)
 Servicio Profesional de Parto (hospitalización)
 Pruebas de diagnóstico (*Ultrasonido y sangre*)
 Servicio Especial (*anestesia*)

Total del Costo	\$12,800
------------------------	-----------------

En este ejemplo Peg tendría que pagar:

<i>Gastos Compartidos</i>	
<u>Deducible</u>	\$0
<u>Copago</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Restricciones o Exclusiones	\$12,800
El total a pagar por Peg es	\$12,800

Diabetes tipo 2 de Joe

(1 año de cuidado rutinario dentro de la red de un padecimiento de salud controlado)

■ El deducible del plan	\$0.00
■ Coaseguro por visitas de doctor	0%
■ Coaseguro por hospitalización	0%
■ Otro	0%

Este EJEMPLO incluye lo siguiente:

Visitas en consultorio (incluye educación de la enfermedad)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Total del Costo	\$7,400
------------------------	----------------

En este ejemplo Joe tendría que pagar:

<i>Gastos Compartido</i>	
<u>Deducible</u>	\$0
<u>Copago</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Restricciones o Exclusiones	\$7,400
El total a pagar por Joe es	\$7,400

Fractura Simple de Mia

(visita a una sala de emergencias dentro de la red y el cuidado después de la visita)

■ El deducible del plan	\$0.00
■ Coaseguro por visitas de doctor	0%
■ Coaseguro por hospitalización	0%
■ Otro	0%

Este EJEMPLO incluye lo siguiente:

Sala de Urgencias (*incluye material médico*)
 Pruebas de Diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo medico durable (*muletas*)
 Rehabilitación (*terapia física*)

Total del Costo	\$1,050
------------------------	----------------

En este ejemplo Mia tendría que pagar:

<i>Gastos Compartidos</i>	
<u>Deducible</u>	\$0
<u>Copago</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Restricciones o Exclusiones	\$1,050
El total a pagar por ia es	\$1,050

El plan de salud es el responsable de pagar los gastos cubiertos de estos EJEMPLOS.