

PLAN ADVANTAGE

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de enero de 2020 - 31 de diciembre de 2020

Cobertura para: Empleado/Familia I Tipo de plan: Beneficios Limitados

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

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 la **cantidad permitida**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** o 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?	\$2,500.00 proveedores individuales participantes \$7,500.00 proveedores familiares participantes	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Si. Atención preventiva dentro de la red (adultos y niños)	Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Consulte 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 médico de bolsillo para este plan?	\$5,000.00 proveedores participantes individuales \$15,000.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos médicos de su bolsillo 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 médicos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos médicos familiares.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados para este plan?	\$3,000.00 proveedores participantes individuales \$9,000.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo para 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, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso de medicamentos recetados hasta que se cumpla el límite de desembolso general de medicamentos recetados de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Si. Consulte su I.D. tarjeta para identificar el logotipo de la red. Visite my.breckpoint.com , haga clic en ENCONTRAR UN PROVEEDOR y seleccione el logotipo de red apropiado que coincida con su ID. tarjeta. Consulte el documento de su plan para obtener más información sobre su proveedor participante. También puede llamar al (844) 798-4878 si tiene alguna pregunta.	Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo).
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia. Recuerde, los beneficios no están cubiertos si elige un proveedor especialista no participante.

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.

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor Participante (Pagará menos)	Proveedor no Participante (You will pay the most)	
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	No está cubierto	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de 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/ Solo es elegible para servicios preventivos no participantes (atención preventiva) si el servicio preventivo no es proporcionado por un proveedor participante.
	Clínica virtual de atención primaria dedicada	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	No está cubierto	Desarrollado por MedLion Clinic. Médicos de atención primaria dedicados disponibles a través de video, teléfono o texto incluidos en el plan sin costo adicional (si está incluido en su plan y donde esté disponible). Consulte el documento de membresía de MedLion Clinic para obtener más información.
	Atención de urgencia virtual (desarrollada por MeMD)	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
	Visita de especialista	Copago de \$25.00, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
	Visita de especialista	Copago de \$35.00, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
	Transporte de viaje compartido	Cubierto, sin gastos adicionales, no se aplica el deducible	No está cubierto	No está sujeto al deducible: reembolso por viajes compartidos, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas hasta \$ 150.00 por familia cubierta por año.
Si tienes una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Copago de \$75.00 por utilización, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
	Imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	Copago de \$75.00 por utilización, después de que se haya alcanzado el deducible	No está cubierto	Sujeto a deducible y copago

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor Participante (Pagará menos)	Proveedor no Participante (You will pay the most)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.BestChoiceRX.com	Drogas preventivas	En farmacia y pedidos por correo: sin cargo, no se aplica el deducible	No está cubierto	No está sujeto al deducible: cubre un suministro de hasta 30 días (venta minorista) y suministro para 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en la venta minorista a través de Best Choice RX.
	Drogas genericas	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$10.00		
	Medicamentos de marca preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$50.00	No está cubierto	No está sujeto al deducible: cubre un suministro de hasta 30 días (venta minorista) y suministro para 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados no pagados por el Plan están disponibles con un descuento en la venta minorista a través de Best Choice RX.
	Medicamentos de marca no preferidos	En farmacia y pedido por correo: copago a partir de \$100.00		
	Medicamentos especiales	No está cubierto	No está cubierto	(Un suministro de hasta 30 días) Incluye medicamentos especiales autoinyectables, infundidos y orales o cualquier otro medicamento por encima de \$ 200, excluye la insulina y no se aplica a la prescripción máxima de su bolsillo.
Si tiene cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. Ej., Centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios de médico/ cirujano	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Si necesita atención médica inmediata.	Cuidado de la sala de emergencias	Para emergencias médicas: copago de \$250.00 después de que se haya alcanzado el deducible	No está cubierto	Limitado a 3 visitas por persona cubierta por año. Sujeto a deducible y copago.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$150.00 después de que se haya alcanzado el deducible	No está cubierto	Limitado a 3 usos por persona cubierta por año. Sujeto a deducible y copago.
	Atención de urgencias	Copago de \$50.00, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
Si tiene una hospitalización	Tarifa de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Honorarios de médico/ cirujano	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor Participante (Pagará menos)	Proveedor no Participante (You will pay the most)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Salud mental y del comportamiento: Visitas al consultorio: \$25.00 de copago, no se aplica el deducible. Cuidado intermedio: no cubierto	No está cubierto	No sujeto a deducible
		Abuso de sustancias: visitas al consultorio: copago de \$25.00, no se aplica el deducible Atención intermedia: no está cubierto		
	Servicios de hospitalización	Salud mental y conductual: sin cobertura Abuso de sustancias: no cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Sí estas embarazada	Visitas a la oficina	Copago de \$25.00, no se aplica el deducible	No está cubierto	No sujeto a deducible
	Servicios profesionales de parto/parto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de parto/parto	No está cubierto	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	No está cubierto
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Cuidados enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Servicio de hospicio	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Gafas para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Atención 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) a menos 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

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 la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 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, deberá 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	\$5,000.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	No está cubierto
Otro	0%
Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto/parto, servicios en el centro 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	\$625
Copagos	\$175
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$11,400
El total que pagaría Peg es	\$12,200

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	\$5,000.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	No está cubierto
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	\$295
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$5,340
El total que Joe pagaría es	\$5,635

La fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	\$5,000.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	No está cubierto
Otro	0%
Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (incluidos 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	\$250
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$350
El total que pagaría Mia es	\$600

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.

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