



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 (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 para solicitar una copia, llamando al (844) 798-4878.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> ?	\$0.00 individual, aplica a ciertos proveedores \$0.00 familiar, aplica a ciertos proveedores	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 aplica ningún otro tipo de deducible.	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> ?	\$400.00 individual – ciertos proveedores \$800.00 familiar – ciertos proveedores	El límite del <u>gasto extra a pagar por mi cuenta</u> será el monto máximo a pagar por un año de cobertura. Si usted tiene a familiares dentro de este <u>plan</u> , ellos tienen que cubrir el monto individual hasta llegar al monto máximo (por familia) del deducible de gastos.
¿Qué es lo que no está cubierto dentro del <u>gasto extra a pagar por mi cuenta</u> ?	<u>Primas</u> ; cualquier gasto que sobrepasen el <u>monto máximo permitido</u> y cualquier cuidado de salud que este <u>plan</u> no cubra.	Aunque usted es responsable de pagar estos gastos, éstos no se tomarán en cuenta como un <u>gasto a pagar por mi cuenta</u> .
¿Si utilizo proveedores de servicio <u>dentro de la red</u> , mi monto a pagar será menor?	Si. Utilice como referencia su tarjeta de identificación para verificar el logotipo de la red. Visite my.breckpoint.com , presione ENCONTRAR UN PROVEEDOR y seleccione la red apropiada que concuerde con su tarjeta . Revise los documentos de su plan y para más información o si tiene alguna duda llame (844) 798-4878	Tenga en cuenta que el <u>proveedor</u> de servicios <u>dentro de la red</u> le vaya a solicitar un servicio con otro proveedor que este fuera de red (exámenes de laboratorio). Usted pagará menos si el proveedor se encuentra dentro de la red. Al usar el <u>proveedor fuera de red</u> , usted pagará el monto máximo y recibirá una factura del <u>proveedor</u> (de laboratorio) por la diferencia entre lo autorizado por su plan y el costo total del proveedor de servicios (<u>fuera de la red</u>). (A esto se le conoce como el pago del balance completo de su factura antes de la fecha de vencimiento).
¿Se necesita <u>referencia</u> para visitar a un <u>especialista</u> ?	No	Usted puede visitar al <u>especialista</u> de su preferencia sin necesidad de una <u>referencia</u> . Recuerde, que este servicio no se cubrirá al seleccionar “ <u>No cubre a doctor especialista</u> ”.



Los **copagos** y **coaseguros** mostrados en esta tabla se aplicarán después de haber cubierto el total de su **deducible**, en el caso de que aplique un **deducible**

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que usted tiene que pagar		Restricciones, Excepciones e Información Relevante
		Proveedor Participante (Usted pagara el mínimo)	Proveedor No Participante (Usted pagara el máximo)	
Si utiliza proveedores de servicio como clínicas o doctores	<u>Cuidado Preventivo / Exámenes de Salud / Inmunizaciones</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	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/ Usted podrá tener acceso a servicios preventivos no cubiertos (cuidado preventivo) siempre y cuando el servicio preventivo no se encuentre disponible a través de un proveedor de servicios participante.
	Clínica de Urgencias Virtual (Servicio Proporcionado por “MedLion”)	Sin cobertura	Sin cobertura	Proporcionado a través de “MedLion”. Médico familiar disponible vía telefónica, por texto o por video, incluido en su plan sin costo alguno. Para saber si este servicio está incluido y para más información, favor de referirse a la membresía de “MedLion”.
	Clínica de Urgencias Virtual (Servicio Proporcionado por “MeMD”)	Sin cobertura	Sin cobertura	----- ninguna -----
	Visita a médico familiar para tratar una lesión o una enfermedad	\$25.00 <u>copago</u>	Sin cobertura	Las visitas a <u>Médicos Familiares</u> , a <u>Especialistas</u> y a <u>Servicios de Emergencia</u> , se encuentran sujetas a 8 (visitas) en combinación, por persona y por año calendario.
	Visita a un <u>Especialista</u>	\$35.00 <u>copago</u>	Sin cobertura	Las visitas a <u>Médicos Familiares</u> , a <u>Especialistas</u> y a <u>Servicios de Emergencia</u> , se encuentran sujetas a 8 (visitas) en combinación, por persona y por año calendario.
	Transporte compartido	Sin cargo	Sin cobertura	El reembolso por transporte compartido, taxi o cualquier otro medio, de y hacia el los tratamientos médicos y para citas médicas, cubrirá hasta \$150.00 por familia cubierta, por año
	Si necesita hacerse un examen medico	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías y sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura
Imagenología (Tomografía Computarizada / Examen de TEP, Resonancia Magnética)		Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que usted tiene que pagar		Restricciones, Excepciones e Información Relevante
		Proveedor Participante (Usted pagara el mínimo)	Proveedor No Participante (Usted pagara el máximo)	
Si necesita medicamentos para tartar 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 únicamente.	Sin cobertura	Covers up to a 30 day supply (retail) & 31-90 day supply (mail order). All prescription brand drugs not paid for by the Plan are available at a discount off of retail through Rx Valet.
	Cargo por uso de clínica (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
En caso de cirugía ambulatoria	Honorarios del médico y cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidados Intensivos o de Urgencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Si necesita atención medica inmediata	<u>Ambulancias (transporte de urgencia)</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Terapia intensiva</u>	\$50.00 <u>copago</u>	Sin cobertura	Las visitas a Médicos Familiares, a <u>Especialistas</u> y a <u>Servicios de Emergencia</u> , se encuentran sujetas a 8 (visitas) en combinación, por persona y por año calendario.
	Cargo por uso de clínica (por ejemplo, cuarto de hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Si necesita hospitalización	Honorarios del médico o cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Servicio ambulatorio	Problemas psiquiátricos y de conducta: Sin cobertura Abuso de sustancias: Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Hospitalización	Problemas psiquiátricos y de conducta: Sin cobertura Abuso de sustancias: Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Citas medicas	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Si esta embarazada	Servicio profesional de parto	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Servicio de habitación (hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que usted tiene que pagar		Restricciones, Excepciones e Información Relevante
		Proveedor Participante (Usted pagara el mínimo)	Proveedor No Participante (Usted pagara el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	<u>Atención medica domiciliaria</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidado especializado de enfermería</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Equipo o instrumental medico</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidado de hospicio</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Si su hijo necesita cuidado dental y de visión	Examen de visión a menores	Sin cobertura	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el “ACA”
	Anteojos para menores	Sin cobertura	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el “ACA”
	Chequeo dental para menores	Sin cobertura	Sin cobertura	A menos que sea mandatorio por el “ACA”

Servicios Excluidos y Otros Servicios Sin Cobertura:

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.

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Cirugía estética• Cuidado dental (adulto y menor) a menos que sea mandatorio por el “ACA”. | <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos y Procedimientos Experimentales• Cuidado Auditivo• Tratamientos de Infertilidad• Cuidado de salud a largo plazo• Cuidado de No-emergencia estando en el extranjero (fuera de USA) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de la vista (adulto y menor) a menos que sea mandatorio por el “ACA”• Cuidado rutinario de los pies• Programas para la pérdida de peso• Trastorno de la Articulación Temporomandibular |
|--|--|---|

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? [No]

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	\$25.00
■ Coaseguro por hospital:	Sin cobertura
■ 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>	\$25
<u>Coaseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Restricciones o Exclusiones	\$12,610
El total a pagar por Peg es	\$12,635

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	\$25.00
■ Coaseguro por hospital:	Sin cobertura
■ 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>	\$100
<u>Coaseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Restricciones o Exclusiones	\$7,040
El total a pagar por Joe es	\$7,140

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	\$25.00
■ Coaseguro por hospital:	Sin cobertura
■ Otro	0%

Este EJEMPLO incluye lo siguiente:

Sala de Urgencias (*incluye material médico*)
 Pruebas de Diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico 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 Mia es	\$1,050