



breckpoint[®]

LEAD TOGETHER

GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Employer Name:

Group ID #:

Plan Coverage Dates:

Disponible en Español, favor de comunicarse; 1.844.300.6497

MANTENIÉNDOSE SALUDABLE

Su empleador ha elegido ofrecer un plan elegible patrocinado por el empleador, diseñado para promover la salud y el bienestar de usted y su familia. Esta oferta de cobertura es su oportunidad de inscribirse en un plan patrocinado por el empleador elegible o de rechazar la cobertura. El programa de beneficios ofrece una variedad de valiosas opciones de cobertura de salud. Elegir la opción correcta es una decisión importante, por lo tanto, para ayudarlo a tomar una decisión informada, esta guía brinda una descripción general de los beneficios disponibles.

También está disponible una copia en papel del SBC, sin cargo, llamando al número gratuito.1.844.657.1575

IMPORTANTE: Es posible que se le solicite que realice 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.

¡HAGA SUS ELECCIONES HOY!

1

LLAMENOS

Llame a nuestro Centro de información y uno de nuestros representantes lo ayudará.

Disponible de lunes a viernes. 7:00 am – 5:00 pm PST al 1.844.300.6497. Representantes que hablan Inglés y Español están disponibles.

SERVICIOS CUBIERTOS PARA TODOS LOS PLANES

Servicios de Salud Preventiva

PARA ADULTOS

- **Aneurisma Aórtico Abdominal**
Examen de una sola vez
(Hombres de edades específicas que alguna vez han fumado)
- **Detección y Asesoramiento por Abuso de Alcohol**
- **Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares**
- **Examen de Presión Arterial**
Detección de Colesterol
(Adultos de edad específica o mayor riesgo de desarrollarlo)
- **Detección de Cáncer Colorrectal**
(Adultos mayores de 50 años)
- **Detección de Depresión**
- **Detección de Diabetes (Tipo 2)**
(Adultos con presión arterial alta)
- **Detección de VIH**
- **Consejería de Dieta Saludable**
- **Detección de Hepatitis B**
- **Detección de Hepatitis C**
- **Vacunas de inmunizaciones**
- **Detección de Cáncer de Pulmón**
(Adultos no mayores de 24 años)
- **Asesoramiento y Detección de Obesidad**
- **Asesoramiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Asesoramiento Sobre el Cáncer de Piel**
(Adultos hasta 24 años.)
- **Medicamentos Preventivos de Estatinas**
(Adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV)
- **Detección de Sífilis**
- **Asesoramiento y Detección Sobre el Consumo de Tabaco**
- **Detección de Tuberculosis**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Prevención de caídas**
(Adultos mayores de 65 años)
- **Medicamento preventivo del VIH/ SIDA**

PARA MUJERES

- **Detección de Bacteriuria**
(Mujeres embarazadas)
- **Asesoramiento sobre Quimio**
prevención de Cáncer de mama
- **Asesoramiento sobre la prueba genética para el cáncer de mama (BRCA)**
- **Mamografía**
(Una vez al año para mujeres mayores de 40)
- **Medicina preventiva para el cáncer de mama**
- **Asesoramiento y Apoyo sobre lactancia materna**
- **Detección de cáncer cervicouterino**
(Para mujeres sexualmente activas)
- **Detección Clamidia**
- **Anticonceptivos**
(La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) aprobó métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes)
- **Detección y Asesoramiento sobre Violencia Doméstica**
- **Asesoramiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Detección de Diabetes Gestacional**
(Mujeres embarazadas de 24 a 28 semanas y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional)
- **Detección de Hepatitis B**
- **Inmunizaciones y Vacunas**
- **Detección de Sífilis**
- **Asesoramiento Sobre el Consumo de Tabaco**
- **Suplementos de Vitamina D**
- **Detección de Gonorrea**
- **Detección de VIH/SIDA**
- **Detección de Osteoporosis**
(mujeres mayores de 65 años)
- **Detección de depresión perinatal**
- **Medicina preventiva y detección de preeclampsia**
- **Detección de RH negativa**

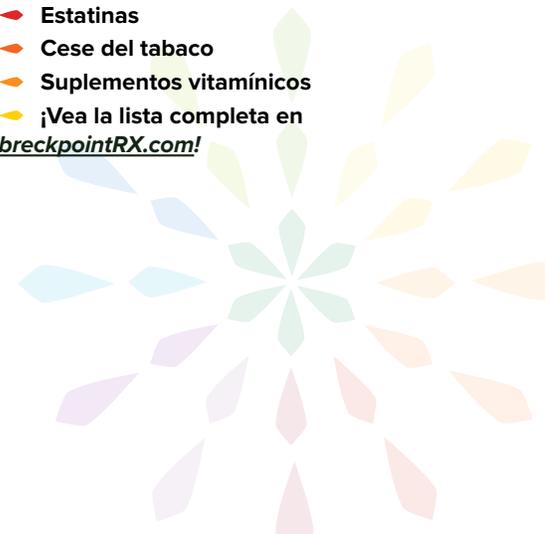
PARA NIÑOS

- **Detección de Depresión**
- **Suplementos de Flúor**
(para bebés y niños menores de 5 años)
- **Medicación profiláctica de gonorrea**
(para recién nacidos)
- **Detección de Hemoglobinopatías o fibrosis quística**
(para recién nacidos)
- **Detección de VIH/SIDA**
- **Detección de Hipotiroidismo**
(para recién nacidos)
- **Vacunas e inmunizaciones**
- **Asesoramiento y detección de sobrepeso**
- **Detección de Fenilcetonuria (PKU)**
- **Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Prevención Asesoramiento conductual del cáncer de piel**
- **Intervenciones de uso de tabaco**
- **Prueba de la agudeza visual**
(para 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 Brest**
- **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	✓
Red	Medicare Plus
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/ Ninguno
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/Ninguno
Límite de desembolso individual de farmacia	\$5,000
Límite de gastos de bolsillo para farmacias familiares	\$10,000
Cuidado Preventivo <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	---
Visita de Médico Familiar	No incluido
Visita Médico Especialista	No incluido
Visita de Clínica de Urgencias	No incluido
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	No incluido
Rayos X y Laboratorio	No incluido
Imagen	No incluido
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Transporte de Viaje Compartido <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	No incluido
Programa de prescripción <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	\$5-\$200 co-pay
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado
Dentales Virtual <i>(Proporcionado por Teledentistry.com)</i>	Ilimitado

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. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de red.
- ◆ Sin períodos de espera.
- ◆ Sin copagos con atención urgente virtual 24/7.
(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)
- ◆ Programa de prescripción incluido con copagos a \$5.
(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)
- ◆ ¡NUEVO! Dentales Virtual
(Proporcionado por Teledentistry.com, consulte el inserto)

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

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Esposo(a)	Empleado + Familia
COSTO/SEMANTAL				

PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de tú médico familiar	No se requiere	No aplica
Deducible <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Máximo de desembolso en farmacia (OOP) <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>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No aplica	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica virtual de atención primaria <i>Servicio Proporcionado por "Akos"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas	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>		
Consulta con Médicos Especialistas	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Maternidad Prenatal <i>(Visita en Consultorio)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<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>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños <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
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Mamografías de Rutina <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Salud de la Mujer <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
Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Detección del Cáncer de Colon <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	Sin cobertura en su totalidad	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) <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	
Retail <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	
Entrega a Domicilio <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 my.breckpoint.com 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 PREFERRED

ESTE PLAN INCLUYE:

Cobertura Esencial Mínima	✓
Red	First Health
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$0/\$725
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$0/\$1,450
Límite de desembolso individual de farmacia	\$5,000
Límite de gastos de bolsillo para farmacias familiares	\$10,000
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios <i>Puede estar sujeto a un número máximo combinado de usos por año. Sin cobertura después del límite de utilización agotado.</i>	10 utilizaciones por año
Visita de Médico Familiar	\$25 co-pago
Visita Médico Especialista	\$35 co-pago
Visita de Clínica de Urgencias	\$50 co-pago
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	\$25 co-pago
Rayos X y Laboratorio	\$75 co-pago
Imagen	\$75 co-pago
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Transporte de Viaje Compartido <i>Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.</i>	\$150 max/año
Programa de prescripción <i>(Proporcionado por Shield PBM)</i>	\$5-\$200 co-pay
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado
Dentales Virtual <i>(Proporcionado por Teledentistry.com)</i>	Ilimitado

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- ◆ Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar anual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- ◆ Reduzca los costos con más de 695,000 médicos dentro de la red.
- ◆ Red nacional incluida. Visite www.firsthealthlbp.com para ubicar un proveedor participante.
- ◆ Un doctor asequible visitas y copagos de atención urgente.
- ◆ Sin copagos con atención urgente virtual 24/7. *(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)*
- ◆ Programa de prescripción incluido con copagos a \$5. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)*
- ◆ ¡NUEVO! Dentales Virtual *(Proporcionado por Teledentistry.com, consulte el inserto)*
- ◆ ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

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

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
COSTO/SEMANTAL				

PLAN PREFERRED ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de tú médico familiar	No se requiere	No aplica
Deducible <i>(por cada año del plan)</i>	\$0 Individual \$0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado <i>(aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)</i>	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo <i>(por cada año del plan, incluye deducible)</i>	\$725 Individual \$1,450 Family	No aplica
Farmacia de su Bolsillo Máximo <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>		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	Sin cobertura
Referencia Obligatoria	No se requiere	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica de Urgencias Virtual <i>Servicio Proporcionado por MeMD</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Consulta con Médicos No Especialistas	\$25 de copago	Sin cobertura
<i>Incluye servicio de médicos internistas, medicina general, medicina familiar y pediatras para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.</i>		
Consulta con Médicos Especialistas	\$35 de copago	Sin cobertura
Maternidad Prenatal <i>(Visita al Consultorio)</i>	\$25 de copago	Sin cobertura
Salud mental/conductual <i>(Visita al Consultorio)</i>	\$25 de copago	Sin cobertura
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	Sin cobertura	Sin cobertura
Cuidado Preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<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>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Chequeo Anual y Vacunas para Niños <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	Sin cobertura
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Mamografías de Rutina <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Salud de la Mujer <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	Sin cobertura
Examen Digital de Rutina de un Proctólogo y la Prueba del Antígeno Prostático Específico <i>Para varones de 18 en Adelante. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Detección del Cáncer de Colon <i>Aplica a todos los socios afiliados mayores de 50. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) <i>Incluye niños con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Esterilización Femenina Voluntaria – Ligadura de Trompas <i>Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.</i>	Cubierto en su totalidad	Sin cobertura
Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	\$75 de copago	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio <i>(con excepción de servicios de Imagenología Complejos)</i>	\$75 de copago	Sin cobertura
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) <i>(Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)</i>	\$75 de copago	Sin cobertura

Servicio Medico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente <i>Limitado a 10 utilizaciones cada 12 meses.</i>	\$50 de copago	Sin cobertura
Sala de Urgencias	Sin cobertura	Sin cobertura
Ambulancia de Emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	Sin cobertura	Sin cobertura
Centro Especializado de Enfermería	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de Terapia y Rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo Médico Duradero	Sin cobertura	Sin cobertura
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Planificación Familiar	Sin cobertura	Sin cobertura
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por RxValet</i>	Opciones de descuento	
Retail <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)</i> <i>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	
Entrega a Domicilio <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 my.breckpoint.com 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	✓
Red	Medicare Plus
Cobertura Fuera de la Red	No
Deducible individual / Límite de bolsillo	\$7,600/\$7,600
Deducible familiar / Límite de bolsillo	\$15,200/\$15,200
Preventivo y Bienestar <i>Cubierto sin gastos de bolsillo.</i>	100%
Visita de Médico Familiar	100% de MAC* después del deducible *Sujeto a cargo máximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")
Visita Médico Especialista	
Visita de Clínica de Urgencias	
Maternidad pre / post natal <i>(visita al consultorio)</i>	
Salud mental / conductual <i>(visita al consultorio)</i>	
Rayos X y Laboratorio	
Sala de Emergencias	
Ambulancia de Emergencia	
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	
Descuento de receta Rx <i>(Desarrollado por Shield PBM)</i>	
Transporte de Viaje Compartido	No incluido
Clínica de Urgencias Virtual <i>(Proporcionado por MeMD)</i>	Ilimitado

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. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de red.**
- ◀ **Sin copagos con atención urgente virtual 24/7.**
(Proporcionado por MeMD, consulte el inserto)
- ◀ **Programa de prescripción incluido.** *(Proporcionado por Shield PBM, consulte el inserto)*
- ◀ **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
COSTO MENSUAL	\$498*	\$896.40*	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
Selección de médicos de atención primaria	No requerido	No aplica
Deducible <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>		
Coaseguro del Socio Afiliado <i>(aplicable a todos los gastos a menos que se estipule lo contrario)</i>	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado - Monto Máximo <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>		
Pago por atención fuera de la red	No aplica	No aplica
Requisito de referencia	No se necesita	No aplica
Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Clínica virtual de atención primaria <i>Servicio Proporcionado por "Akos"</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas	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>		
Consulta con Médicos Especialistas	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Maternidad Prenatal <i>(Visita de la oficina)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Cuidado preventivo	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<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>		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños <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
Exámenes Ginecológicos de Rutina <i>Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Mamografías de Rutina <i>Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Salud de la mujer <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
Examen rectal digital rutinario / Prueba de antígeno prostático específico <i>Para hombres cubiertos de 18 años y más. Limitado a 1 examen cada 12 meses.</i>	Cubierto en su totalidad	No aplica
Detección de Cáncer Colorrectal <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
Exámenes oculares de rutina (Refracción) <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
Esterilización voluntaria - Ligadura <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
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio <i>(excepto para servicios de imágenes complejas)</i>	100% de MAC después del deducible *	No aplica
Radiografía de diagnóstico ambulatoria para servicios de imágenes complejas <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
Proveedor de atención urgente	100% de MAC después del deducible *	100% de MAC después del deducible *
Sala de emergencias	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Ambulancia de Emergencia	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Ambulancia no de emergencia	Sin cobertura	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención hospitalaria	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas <i>(que no sea visita al consultorio)</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Centro de enfermería especializada <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
Servicios de Terapia y Rehabilitación	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Equipo Médico Duradero	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Boca, Quijada y Dientes <i>Procedimientos de Cirugía Oral</i>	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Planificación Familiar <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
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento <i>Proporcionado por Shield PBM</i>	Dentro de la Red	Opciones de descuento
Retail <i>(Suministro de hasta 30 días)</i>		
Medicamento Genérico	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicina Especializada <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
Entrega a Domicilio <i>(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)</i>		
Medicamentos Genéricos	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC después del deducible * No esta cubierto	No aplica

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar my.breckpoint.com y registrarse en el portal.

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.



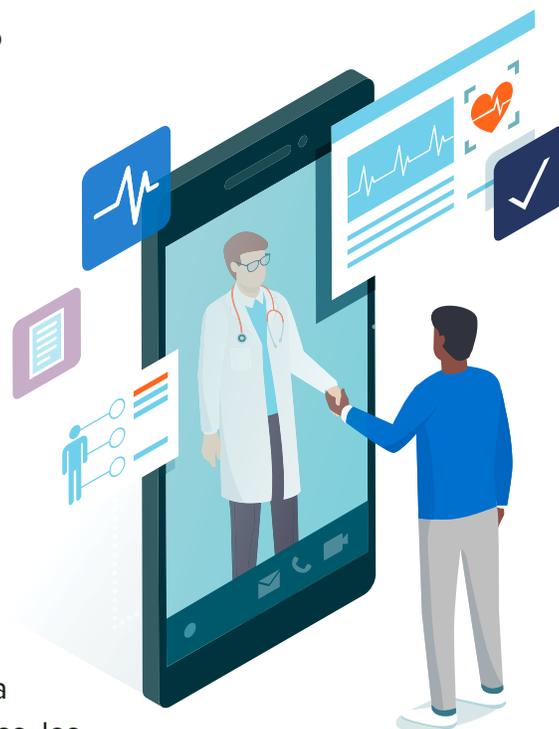
ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

Proporcionado por **MeMD**

Usted y su familia tendrán acceso a MeMD - Su nuevo servicio de telesalud. Telehealth le permite comunicarse con un proveedor médico por teléfono, aplicación o cámara web cuando el acceso a su médico habitual no está disponible sin costo alguno para usted. Esto lo puede usar para muchos de los problemas provistos por los centros de atención de urgencia.

Nuestro equipo médico incluye MD, DO, NP y PA (proveedores médicos con licencia de 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 enviar recetas directamente a su farmacia.

El programa estará disponible para usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos hasta los 26 años. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Es posible que se requiera una cámara web en ciertos estados.



CÓMO INSCRIBIRSE:

RASO
1

Acceda a su cuenta MeMD descargando la aplicación e ingresando el código de su plan cuando se le solicite

Visita: www.MeMD.me/app-store **Código de plan:** MQ967N4T

O visitando su sitio web MeMD: www.MeMD.me/group/breckpoint

(use Google Chrome para la mejor experiencia de navegación)

RASO
2

Solicitar un examen

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

RASO
3

Hable con un proveedor y obtenga tratamiento

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



CUIDADO RX MEJORADO DE RECETA

Proporcionado por **SHIELD** PBM

LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

No tendrá que preocuparse por el alto costo de 95 medicamentos comunes. Esto se debe a que un Programa de Medicamentos MEC (Cobertura Esencial Mínima) sin costo incluye 95 medicamentos ACA (Ley de Cuidado de Salud Asequible) sin costo, además de grandes descuentos en todos los demás medicamentos. Considérenos su defensor del ahorro farmacéutico. Nuestro equipo de atención al cliente en vivo está aquí para ayudarlo a encontrar el precio más bajo en medicamentos disponibles.

Ir **BreckpointRx.com**, entra tu **IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO** y **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO** para registrarse.

NUESTRO PROGRAMA CUBRE:

- ◀ Amoxicillin
- ◀ Azithromycin (Z-Pak)
- ◀ Ciprofloxacin
- ◀ Hydrocortisone
- ◀ Meclizine
- ◀ Naproxen
- ◀ Prednisone
- ◀ Tessalon
- ◀ y más!

DROGAS COMO:

- ◀ Atorvastatin
- ◀ Bupropion
- ◀ Cholecalciferol
- ◀ Junel
- ◀ Lovastatin
- ◀ Nonoxynol
- ◀ Tamoxifen
- ◀ Viorele
- ◀ y muchas más!



3 MANERAS DE AHORRAR

- 1. TARJETA RX** - Presente su tarjeta de membresía impresa o electrónica en cualquier farmacia minorista (más de 67,000 en la red) y si está en el formulario, no pague nada. Si no está en el formulario de \$ 0.00, su costo de bolsillo se basa en un precio con un gran descuento.
- 2. PAGUE ANTES DE IR** - Ahorre hasta un 25% más ANTES de ir al farmacia pagando por adelantado sus medicamentos y aproveche una red en línea más amplia.
- 3. PEDIDO POR CORREO** - Opciones seguras de entrega a domicilio en línea con hasta un 50% de ahorro y disfrute de la función de recarga automática para sus recetas periódicas y medicamentos de mantenimiento.



DENTALES VIRTUAL

Proporcionado por



TELEDENTISTRY
Your Dentist, Anytime Anywhere®

SU DENTISTA, EN CUALQUIER MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR

Las visitas a la sala de emergencias a menudo proporcionan poco más que analgésicos y antibióticos a los pacientes dentales. Esto cuesta más de tres veces más que una visita al dentista de rutina. Teledentistry moderniza el proceso de exámenes dentales y pone a los empleados en contacto con un dentista, en cualquier momento y lugar. La aplicación para teléfonos inteligentes brinda acceso a un dentista las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año durante una emergencia dental y ayuda a los empleados a elegir un dentista para recibir atención definitiva.

CÓMO FUNCIONA TELEDENTISTRY.COM

PASO
1

El empleado llama Teledentistry.com usando su aplicación para teléfono inteligente o tableta.

PASO
2

El agente transmite al titular de la póliza a la red de dentistas 24 horas al día, 7 días a la semana.

PASO
3

Se realiza una consulta de video con el dentista y si es necesario se solicitan recetas.

PASO
4

El paciente es derivado a un dentista local para la atención de seguimiento.



Teléfono: **725.527.7797**

Email: support@teladentistry.com

<https://teladentistry.com/portal/clinic/patientSignup.php?clinic=156>

FORMATO DE REGISTRO



breckpoint[®]
LEAD TOGETHER

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO Favor de llenar el presente Formato de Registro y regresarlo al Departamento de Recursos Humanos de la empresa para la que trabajas.

Nombre:		Teléfono:	
No. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Correo:		Apt. #:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

B. SELECCIONE SU OPCIÓN: Seleccione solo una opción.

MEC	COSTO/SEMANTAL	PREFERED	COSTO/SEMANTAL
<input type="checkbox"/> Empleado		<input type="checkbox"/> Empleado	
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)		<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	
<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)		<input type="checkbox"/> Empleado + Esposo(a)	
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia		<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	

COMPLIANCE MVP

Llame al 1.844.300.6497
para registrarse.

C. INFORMACIÓN DEPENDIENTE REQUERIDA

Nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio Doméstico

D. FIRMA REQUERIDA DEBE firmar y fechar incluso si rechaza la cobertura.

Elección de la cobertura: He leído y entiendo la Elección de la Cobertura.

Es a mi entender que el hecho de haber llenado el presente formato, no implica que se haya aceptado el seguro. De igual manera, entiendo que la cobertura entrará en vigor únicamente si este documento es aprobado por el patrocinador del plan y cuando el plan haya sido financiado completamente y haya cumplido con todos los requisitos, en la fecha señalada y según lo estipulado en la lista del Plan de Documentos.

Acepto las opciones de cobertura seleccionadas

Fecha:	Firma:
--------	--------

En el caso de haber un cambio en el Formato de Registro, éste necesita ser rubricado, fechado y firmado por el empleado.

RECONOCIMIENTO Y RENUNCIA VOLUNTARIA



E. FIRMA REQUERIDA

Renuncia Voluntaria: Yo, el empleado abajo firmante, entiendo y reconozco lo siguiente: Mi empleador me ofreció la oportunidad de registrarme en un plan de salud patrocinado y a bajo costo, el cual cumple con lo estipulado por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado a Bajo Precio (“ACA”) para el periodo correspondiente;

- No voy a solicitar créditos ni subsidios gubernamentales para adquirir un seguro de salud individual en el mercado estatal o federal,
- No voy a tener en cobertura a mis dependientes bajo el plan ofrecido por mi empleador/patrón, y
- No voy a poder registrarme en el plan ofrecido por mi empleador hasta el siguiente periodo de inscripción, a menos que exista un cambio en mi estatus o por otra circunstancia específica.

A excepción de las opciones seleccionadas (en el caso de aplicar) yo, rechazo y renuncio voluntariamente a la cobertura de salud a bajo precio patrocinada por mi empleador, la cual se ofreció por medio el presente documento. He leído y entiendo las consecuencias de mi renuncia voluntaria.

Fecha:

Firma: