

# CUMPLIMIENTO PLAN DE VALOR MÍNIMO

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de enero de 2024- 31 de diciembre de 2024

Cobertura para: Empleado / niño(s) | Tipo de plan: Red abierta

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

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.

**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 [breckpoint.linked.exchange](http://breckpoint.linked.exchange) o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como **monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor** u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [breckpoint.linked.exchange](http://breckpoint.linked.exchange) o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$8,700.00 proveedores participantes individuales \$17,400.00 proveedores familiares participantes	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del 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?	YSi. 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. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$8,700.00 proveedores participantes individuales \$17,400.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo 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 bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo en sus gastos.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	No. Puede buscar tratamiento de cualquier médico/hospital/proveedor con licencia de los servicios médicos de su elección y el Plan pagará beneficios por los gastos cubiertos en función de un Cargo permitido.	Este plan trata a los proveedores de la misma manera al determinar el pago de todos los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

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. Los cargos máximos permitidos (MAC) se utilizan como el cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. El programa de tarifas se aplica a los códigos de facturación del proveedor (CPT, DRG, etc.) y cubrirá la mayoría de los cargos realizados por los proveedores. El cronograma de reembolso es el 125% de la tasa de reembolso de Medicare para médicos y el 145% de la tasa de reembolso de Medicare para instalaciones. Esto significa que el reembolso se establece en un 25% y un 45% más bajo este plan de lo que se paga por proporcionar el mismo servicio a un paciente de Medicare. Cualquier cargo del proveedor que exceda el MAC no será un gasto cubierto bajo los términos de este plan y será responsabilidad de la persona cubierta. Los cargos permitidos por servicios cubiertos que no tienen el precio equivalente de Medicare serán el 45% de los cargos facturados.

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Atención preventiva / detección / inmunización	Sin cargo, no se aplica el deducible	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el <b>Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. (USPSTF)</b> , a menos que se indique específicamente este Programa de beneficios, y se puede ubicar utilizando los siguientes sitios web: <a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</a>
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Visita de especialista	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios quiroprácticos	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si tienes una prueba</b>	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Imágenes (CT/PET, MRI)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados. Está disponible en <a href="http://www.ShieldPBM.com">www.ShieldPBM.com</a>	Drogas preventivas	En farmacia y pedidos por correo: sin cargo, no se aplica el deducible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados que el Plan no paga están disponibles con un descuento fuera de la venta minorista a través de Shield PBM.
	Drogas genericas	En farmacia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Pedido por correo: sin cargo después del deducible, el saldo a través de MAC no es elegible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista) y un suministro de 31-90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos de marca recetados que el Plan no paga están disponibles con un descuento fuera de la venta minorista a través de Shield PBM. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Drogas marca preferida		
	Drogas marca no preferida		
Medicamentos especializados	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista). El pedido por correo no está cubierto. Llame a Shield PBM o visite su sitio web para obtener más información. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.	

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si tiene cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. Ej., Centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Honorarios de médico / cirujano	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita atención médica inmediata.</b>	Cuidado de la sala de emergencias	Para emergencias médicas: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Cuidado urgente	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa de la instalación	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Honorarios de médico / cirujano	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Salud mental y del comportamiento: Visitas al consultorio: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Atención intermedia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Abuso de sustancias: visitas al consultorio: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Atención intermedia: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de hospitalización	Salud mental y conductual: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible Abuso de sustancias: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
<b>Sí estas embarazada</b>	Visitas a la oficina	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios profesionales de parto / parto	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de parto / parto	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.

Evento Medico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Pagarás	Limitaciones, Excepciones Y Otra Información Importante
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Cuidados de salud en el hogar	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de rehabilitación	Terapia ocupacional o terapia del habla o terapia física: sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicios de habilitación	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Los servicios están limitados a 20 visitas por persona cubierta por año. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Cuidados de enfermería especializada	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Limitado a 120 días comenzando a más tardar 14 días después de una internación de 3 días en el hospital. Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Equipo médico duradero	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Usted es responsable de los cargos del proveedor a través de MAC.
	Servicio de hospicio	Sin cargo después del deducible, el saldo sobre MAC no es elegible	Terminal illness with death expectancy in 6 months or less. You are responsible for provider charges over MAC.
<b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
	Gafas para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia Asequible.
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	A menos que lo exija la Ley de Asistencia 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
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños) a menos que lo ordene La Ley de Asistencia Asequible
- Tratamientos o procedimientos experimentales
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viajafuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) a menos que lo exija La Ley de Asistencia Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- 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).

- Cuidado quiropráctico
- Servicios de habilitación limitados a 20 visitas por persona cubierta por año
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)

### Otros productos auxiliares:

- Además de los beneficios de este plan, tiene otras opciones de servicios que incluyen telesalud y otros proveedores de servicios. Consulte su guía de inscripción o RR. Representante para más información.

**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](http://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](http://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 el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Beneficios para empleados Administración de Seguridad al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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? Si.** 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.

<b>Peg está teniendo un bebé</b> (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)	
El deducible general del plan	<b>\$8,700.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> 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	<b>\$12,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$8,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$8,700</b>

<b>Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	
El deducible general del plan	<b>\$8,700.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos recetados, Equipo médico duradero (medidor de glucosa)	
Costo total de ejemplo	<b>\$7,400</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$7,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$7,400</b>

<b>La fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	<b>\$8,700.00</b>
Coseguro proveedor de atención primaria	<b>0%</b>
Coseguro de hospital (centro)	<b>0%</b>
Otro	<b>0%</b>
<b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b> 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	<b>\$1,050</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
Compartir costos	
Deducibles	\$1,050
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,050</b>

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