



**Essential  
Health Plans**

Administered by Breckpoint, Inc



# Guía de Inscripción

## **BENEFICIOS MÉDICOS Y SUPPLEMENTARIOS**

**Nombre del empleador:**

**Período del plan:**

**Número de Grupo:**



## BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS

### GUIA DE BENEFICIOS MEDICOS Y SUPLEMENTARIOS

Para asegurarse de que usted y su familia tengan acceso a soluciones de cobertura de salud de calidad, su empleador ha optado por ofrecer un plan de salud elegible patrocinado por el empleador disponible a través de la plataforma de Breckpoint.

Su nuevo plan de beneficios, diseñado a la medida en torno a las necesidades únicas de salud y bienestar de sus empleados, brinda una variedad de valiosas opciones de cobertura.

Puede optar por inscribirse en el plan o rechazar la cobertura. Para ayudarlo a considerar sus opciones y tomar la decisión mejor informada, esta guía brinda una descripción general de los beneficios que se ofrecen.

Puede encontrar información adicional sobre estos beneficios y un Resumen de cobertura y beneficios (SBC) en [breckpoint.linked.exchange](https://breckpoint.linked.exchange). Una copia impresa del SBC también está disponible, sin cargo, llamando al 1.844.657.1575. Para presentar y comprobar el estado de un reclamo, visite nuestro Portal de Reclamaciones en [portal.breckpoint.com](https://portal.breckpoint.com) o llame a nuestros representantes de atención al cliente al 1.844.657.1575.

Visite la Herramienta de Cobertura de Beneficios de Breckpoint en [breckpoint.com/benefits-bct.php](https://breckpoint.com/benefits-bct.php) para estar informado sobre los servicios cubiertos y el copago, si corresponde, según su plan.

**IMPORTANTE:** Es posible que deba realizar una elección de 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.

### ¡HACER TUS ELECCIONES!

#### 1 VISITE SU DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Complete el formulario de inscripción con sus elecciones y entréguelo a su representante de RRHH.

#### 2 ¿PREGUNTAS? LLAMANOS

Llame a nuestro centro de información y uno de nuestros representantes expertos lo ayudará. Disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm hora estándar del Pacífico al 1.844.657.1575. Representantes que hablan inglés y español están disponibles.

## SERVICIOS DE PLAN DE SALUD HST VALUE-DRIVEN

HST lleva los precios basados en referencias al siguiente nivel con los servicios de Value-Driven Health Plan (VDHP). A diferencia de los programas tradicionales que se centran en reclamos de precios, los servicios VDHP integran herramientas de participación previa y posterior al servicio para ayudar tanto a los miembros del plan como a sus proveedores a aprovechar al máximo los beneficios del plan de salud. Servicios de Value-Driven Health Plan a los que los miembros tienen acceso a una red mejorada, la Red PHCS para Planes de Salud Basados en Valor. Esta red es la única red nacional de proveedores acreditados por NCQA que ha sido diseñada específicamente para su uso con Precios basados en referencias para hospitales e instalaciones.



### HACER UNA CITA

#### ¡TENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN LISTA!

Es importante que le brinde a su proveedor información de seguro actualizada. ¡Su tarjeta de identificación proporcionará toda la información necesaria que requiere un proveedor! ¿No tienes uno? Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir una copia directamente: 1-844-657-1575. (Mon-Fri 7am-4pm PST)

#### ¿QUÉ LE DIGO A MI PROVEEDOR?

*"Tengo un plan de salud "Value-driven" desarrollado por "PHCS Network". Breckpoint es el administrador de mi plan, por favor contáctelos para verificar mi cobertura al 1-844-657-1575."*



### ¿AÚN NECESITA AYUDA? LOS CONTACTOS ÚTILES SE ENUMERAN EN LA PARTE POSTERIOR DE TU TARJETA DE IDENTIFICACION.

**Servicios para miembros:** Llame a este número si tiene preguntas sobre su plan o necesita una tarjeta de identificación. Los proveedores pueden llamar a este número para verificar su cobertura antes de programar una cita.

**Asistencia para localizar proveedores:** Llame a este número si necesita ayuda para encontrar un proveedor.

**Servicio de Asistencia de farmacia:** Usted o su farmacéutico pueden llamar a este número y conectarse directamente a su programa de descuentos RX para obtener ayuda con sus necesidades de medicamentos recetados.

## COMO ACCESAR A LA RED

Ir a [hstconnect.com](https://hstconnect.com) e inicie sesión para utilizar la herramienta de localización de proveedores y Centro de defensa del paciente (PAC).



Ir a [hstconnect.com/PHCS](https://hstconnect.com/PHCS) para encontrar un proveedor por nombre, ubicación, especialidad o centro.



# SERVICIOS CUBIERTOS

## PARA TODOS LOS PLANES MÉDICOS

### Servicios de Salud Preventivos

#### 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 cardiovascular es
- 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 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 Breast
- Anticonceptivos
- Suplementos de fluoruro
- Ácido fólico
- Estatinas
- Cese del tabaco
- Suplementos vitamínicos
- ¡Vea la lista completa en [breckpointRX.com!](http://breckpointRX.com!)

\* Please see plan specification document for more details.

# PLAN MVP VALUE

## ESTE PLAN INCLUYE:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>PHCS</b> (Planes médicos impulsados por valores) Para proveedores solamente. No existe una red para las instalaciones. El plan pagará a los centros de servicio el % de las tarifas de Medicare. |
| Cobertura Fuera de la Red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hospitales y Centros de Servicios estan sujetos a RBP                                                                                                                                               |
| Deducible medico individual/familiar, Límite de gastos de su bolsillo                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0/\$0, \$8,700/\$17,400                                                                                                                                                                           |
| Límite de gastos de bolsillo de farmacia individual/familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$5,000/\$10,000                                                                                                                                                                                    |
| Cuidados Preventivos & Bienestar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 100% cubierto                                                                                                                                                                                       |
| Utilizaciones de Médicos y Consultorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ilimitada                                                                                                                                                                                           |
| Visitas Primarias/Especialistas/Cuidado Urgente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$25/\$35/\$50 co-pagos                                                                                                                                                                             |
| Servicios de Laboratorio No Hospitalario<br>Servicios de Laboratorio Basado en hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$75 co-pago (Ilimitado)<br>\$200 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                    |
| Radiología menor no hospitalaria/basada en el hospital (rayos x, ultrasonido, etc)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$60 co-pago (5UPA)/<br>\$250 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                        |
| Radiología mayor no hospitalaria/basada en el hospital (MRI, CT, etc)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$80 co-pago (3UPA)/<br>\$350 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                        |
| Sala de Emergencias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$400 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                                                |
| Hospitalizaciones de pacientes internados (2 días/por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Cirugía hospitalaria (1 día por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Cirugía hospitalaria ambulatoria (1 por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$1,000 co-pago                                                                                                                                                                                     |
| Cirugía ambulatoria en un centro independiente (1 por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Tratamiento para pacientes internados Abuso/dependencia de sustancias                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$300 co-pago/<br>por día (3UPA)                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de Maternidad</b> Las visitas al consultorio prenatal incluidas como Visitas al consultorio del especialista, los laboratorios y las ecografías se incluyen en Servicios de diagnóstico, el parto se incluye en Servicios hospitalarios y de instalaciones. Se aplican todas las limitaciones aplicables para los servicios y los requisitos de precertificación. | Incluido                                                                                                                                                                                            |
| Tratamiento ambulatorio Abuso/dependencia de sustancias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$200 co-pago/<br>por día (3UPA)                                                                                                                                                                    |
| Terapia ambulatoria (Físico/Habla/Ocupacional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$50 co-pago (7UPA)                                                                                                                                                                                 |
| Servicios Quiroprácticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$35 co-pago (5UPA)                                                                                                                                                                                 |
| Orientación/Consejería (Visitas de consultorio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$35 co-pago (6UPA)                                                                                                                                                                                 |
| Cuidado de Salud en el Hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$50 co-pago (7 UPA)                                                                                                                                                                                |
| Genericos/Prescripciones de Marca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$10 co-pago/\$30 co-pago/\$150 de Crédito de beneficios aplicado después del copago por mes por miembro.                                                                                           |
| Cuidado de Urgencia Virtual (Impulsado por Walmart Health)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Incluido                                                                                                                                                                                            |
| Healthcare Advocacy (Desarrollado por CareGuide Advocates)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Incluido                                                                                                                                                                                            |

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar. También cubre servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos: Visitas al consultorio, laboratorios, radiografías, visita a la sala de emergencias, cirugías, etc.
- **Red nacional incluida con más de 530,000 médicos en red.** <https://hstconnect.com/> (solo para proveedores)
- Copagos más económicos.
- Programa Best Choice Rx Plus que ofrece medicamentos con grandes descuentos (Desarrollado por Shield PBM, vea las características adicionales del plan)
- Incluye Atención de Urgencia Virtual 24/7. (Desarrollado por Walmart Health, vea las características adicionales del plan)
- Incluye Healthcare Advocacy que ofrece herramientas de ahorro de costos para reducir los gastos médicos. (Desarrollado por CareGuide Advocates)

### COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Esposo(a)

Empleado+Familia

# PLAN MVP VALUE

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Características del Plan de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Deducible (por cada año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0 Individual<br>\$0 Familiar                         | No aplica                                              |
| Coaseguro de Miembro (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0%                                                     | No aplica                                              |
| Máximo de Desembolso Médico (OOP) (por año del plan, incluye deducible)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$8,700 Individual<br>\$17,400 Familiar                | No aplica                                              |
| Máximo de Desembolso Farmacia (OOP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$5,000 Individual<br>\$10,000 Familiar                | No aplica                                              |
| Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado para el límite OOP de la red y fuera de la red. Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite OOP. Solo aquellos gastos OOP que resulten de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos pueden usarse para satisfacer el máximo OOP. Una vez que se alcanza el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su límite de pago por el resto del año del plan. |                                                        |                                                        |
| Requisito de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico | Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico |
| Servicios Médicos y Auxiliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Cuidado Urgente Virtual Desarrollado por Walmart Health                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Incluido                                               | No aplica                                              |
| Visitas al consultorio de no especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$25 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Visitas al consultorio de especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$35 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Visitas al consultorio de maternidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$35 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Parto de maternidad** (Las visitas al consultorio prenatal incluidas como visitas al consultorio del especialista, los laboratorios y los ultrasonidos se incluyen en Servicios de Diagnóstico, el parto se incluye en Servicios Hospitalarios y de instalaciones. Se aplican todas las limitaciones aplicables para los servicios y los requisitos de precertificación.)                                                                                                                 | Incluido                                               | No aplica                                              |
| Proveedor de Atención de Urgencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$50 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Sala de emergencias Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$400 co-pago                                          | No está cubierto                                       |
| Servicios de Ambulancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No está cubierto                                       | No aplica                                              |
| Servicios de laboratorio fuera del hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$75 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Cuidado Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Los servicios de atención preventiva están cubiertos de acuerdo con la Reforma de Atención Médica. Servicios sujetos a cambios a medida que se revisan las pautas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                        |
| Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes de bienestar y vacunas para niños                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes ginecológicos de rutina Incluye pruebas de rutina y costos de laboratorio relacionados. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Mamografías de rutina Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Servicios de Maternidad Incluye: Detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y detección de VIH, detección y consejería de violencia interpersonal y doméstica, apoyo para la lactancia, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y asesoramiento. Pueden aplicarse limitaciones.                                                                                                              | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Detección de cáncer colorrectal Para todos los miembros mayores de 45 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes de la vista de rutina (refracción) Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Prueba de COVID-19 Solo hisopo. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Servicios de Diagnóstico (No Hospitalarios)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Radiología menor (rayos x, ultrasonido, etc) Límite de 5 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$60 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| *Radiología mayor (MRI, CT, etc) Límite de 3 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$80 co-pago                                           | No está cubierto                                       |

## PLAN MVP VALUE ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

| Servicios de Diagnostico (Hospitalarios)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| Servicios de Laboratorio Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$200 co-pago                                                        | No aplica        |
| Radiología menor (rayos x, ultrasounido, etc) Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | \$250 co-pago                                                        | No aplica        |
| *Radiología mayor (MRI, CT,etc) Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$350 co-pago                                                        | No aplica        |
| Servicios Hospitalarios y Centros de Salud**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| *Hospitalizacion de Paciente Interno Incluido el médico tratante/centro, límite de 2 días por año del plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| *Cirugía de Paciente Interno Incluido el médico tratante/anestesiólogo/centro, límite de 1 uso por año del plan. Si aplica, la admisión se contará para la hospitalización de pacientes internados. Todas las limitaciones aplicables a los servicios y se aplican requisitos de precertificación.                                                                                                                                                                 |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| *Centro de cirugía ambulatoria de hospital Incluido el médico tratante/cirujano/anestesiólogo, límite de 1 día por año del plan. Si aplica, la admisión se contará para la hospitalización de pacientes internados. Todas las limitaciones aplicables a los servicios y se aplican requisitos de precertificación.                                                                                                                                                 |  | \$1,000 co-pago                                                      | No aplica        |
| *Abuso/dependencia de sustancias para pacientes internados Límite de 3 días por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | \$300 co-pago                                                        | No aplica        |
| *Dependencia/Abuso de sustancias para pacientes ambulatorio Límite de 3 días por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$200 co-pago                                                        | No aplica        |
| Servicios del centro Quirúrgico Ambulatorio**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| *Centro Independiente de Ciugía Ambulatoria Incluye instalación/cirugia/anestesia, limite de 1 uso por ano del plan. Si corresponde, la admisión se contará para la hospitalización como paciente internado. Se aplican limitaciones para los servicios y los requisitos de certificación previa.                                                                                                                                                                  |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| Otros Servicios y Detalles del Plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| Terapia Ambulatoria Física, Habla, Ocupacional. Límite de 7 visitas combinadas por miembro por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | \$50 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Servicios Quiroprácticos Límite de 5 visitas por miembro por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | \$35 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Cuidado de la salud en el hogar Límite de 7 visitas por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$50 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Visitas a la Oficina de Consejería Límite de 6 visitas por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | \$35 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Dispositivos médicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Equipo médico duradero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Boca, mandibulas y dientes Procedimientos de cirugía oral, de naturaleza médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Planificación Familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Tratamiento y Servicios de Cáncer se excluyen las visitas que no sean visitas al consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Acceso y Descuentos Disponibles                                      |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Minorista (Suministro de hasta 30 días)                              |                  |
| Medicamentos Preventivos y Agudos / Crónica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | \$0 co-pago (solo formulario) / \$5 co-pago (200 Cronica Formulario) |                  |
| Medicamento Genérico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$10 de copago +Beneficio de crédito***                              |                  |
| Medicamentos de Marca Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$30 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca No Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Descuentos Disponibles                                               |                  |
| Medicina Especializada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Sin cubierto                                                         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Entrega a Domicilio(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)    |                  |
| Medicamentos Genéricos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | \$20 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$60 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca No Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Descuentos Disponibles                                               |                  |
| *Se requiere precertificación. El no obtener la precertificación puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. **Sujeto a precios basados en referencias; al miembro se le puede facturar el saldo si el proveedor no acepta el 150 % del pago permitido por Medicare. Este beneficio utiliza acceso abierto sin restricciones de red.                                                                                                               |  |                                                                      |                  |
| ***Se aplica un crédito de beneficios de \$150 después del copago por mes por miembro (no se transfieren ni se combinan los créditos de los miembros, se aplica al comercio minorista y la entrega a domicilio. Los montos que superen el crédito de beneficios serán responsabilidad de los miembros junto con el copago).<br><a href="https://hstconnect.com/PHCS">https://hstconnect.com/PHCS</a> (solo para proveedores)                                       |  |                                                                      |                  |
| Si bien se cree que esta información es precisa a la fecha de impresión, está sujeta a cambios. Para recibir descripciones de políticas completas y actualizadas, visite <a href="https://breckpoint.linked.exchange">breckpoint.linked.exchange</a> para iniciar sesión en nuestro portal para miembros. Portal de reclamaciones: para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite <a href="https://portal.breckpoint.com">portal.breckpoint.com</a> |  |                                                                      |                  |

**Descargo de responsabilidad:** este plan no cubre todos los gastos de atención médica e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. Este material tiene únicamente fines informativos y no constituye una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene solo una descripción general parcial de los beneficios o programas del plan y no constituye un contrato. Este material no brinda servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o

resultados. Consulte los documentos del plan para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones relacionadas con el plan. También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los medicamentos que se encuentran en la sección Limitaciones y exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos, y las excepciones médicas no están disponibles para ellos.

# PLAN MVP VALUE+

## ESTE PLAN INCLUYE:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>PHCS</b> (Planes médicos impulsados por valores) Para proveedores solamente. No existe una red para las instalaciones. El plan pagará a los centros de servicio el % de las tarifas de Medicare. |
| Cobertura Fuera de la Red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hospitales y Centros de Servicios estan sujetos a RBP                                                                                                                                               |
| Deducible medico individual/familiar, Límite de gastos de su bolsillo                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0/\$0, \$8,700/\$17,400                                                                                                                                                                           |
| Límite de gastos de bolsillo de farmacia individual/familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$5,000/\$10,000                                                                                                                                                                                    |
| Cuidados Preventivos & Bienestar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 100% cubierto                                                                                                                                                                                       |
| Utilizaciones de Médicos y Consultorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ilimitada                                                                                                                                                                                           |
| Visitas Primarias/Especialistas/Cuidado Urgente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$25/\$35/\$50 co-pagos                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de Maternidad</b> Las visitas al consultorio prenatal incluidas como Visitas al consultorio del especialista, los laboratorios y las ecografías se incluyen en Servicios de diagnóstico, el parto se incluye en Servicios hospitalarios y de instalaciones. Se aplican todas las limitaciones aplicables para los servicios y los requisitos de precertificación. | Incluido                                                                                                                                                                                            |
| Servicios de Laboratorio No Hospitalario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$75 co-pago (Ilimitado)                                                                                                                                                                            |
| Servicios de Laboratorio Basado en hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$200 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                                                |
| Radiología menor no hospitalaria/basada en el hospital (rayos x, ultrasonido, etc)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$60 co-pago (7UPA)/<br>\$250 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                        |
| Radiología mayor no hospitalaria/basada en el hospital (MRI, CT, etc)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$80 co-pago (5UPA)/<br>\$350 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                        |
| Sala de Emergencias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$400 co-pago (2UPA)                                                                                                                                                                                |
| Hospitalizaciones de pacientes internados (7 días/por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Cirugía hospitalaria (3 días por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Cirugía hospitalaria ambulatoria (1 por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$1,000 co-pago                                                                                                                                                                                     |
| Cirugía ambulatoria en un centro independiente (3 por año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0% coseguro                                                                                                                                                                                         |
| Tratamiento para pacientes internados Abuso/dependencia de sustancias                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$300 co-pago/<br>por día (7UPA)                                                                                                                                                                    |
| Tratamiento ambulatorio Abuso/dependencia de sustancias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$200 co-pago/<br>por día (7UPA)                                                                                                                                                                    |
| Terapia ambulatoria (Físico/Habla/Ocupacional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$50 co-pago (15 UPA)                                                                                                                                                                               |
| Servicios Quiroprácticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$35 co-pago (10 UPA)                                                                                                                                                                               |
| Orientación/Consejería (Visitas de consultorio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$35 co-pago (12 UPA)                                                                                                                                                                               |
| Cuidado de Salud en el Hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$50 Co-pago (15 UPA)                                                                                                                                                                               |
| Genericos/Prescripciones de Marca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$10 co-pago/\$30 co-pago/\$150 de Crédito de beneficios aplicado después del copago por mes por miembro.                                                                                           |
| Cuidado de Urgencia Virtual (Impulsado por Walmart Health)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Incluido                                                                                                                                                                                            |
| Healthcare Advocacy (Desarrollado por CareGuide Advocates)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Incluido                                                                                                                                                                                            |

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar. También cubre servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos: Visitas al consultorio, laboratorios, radiografías, visita a la sala de emergencias, cirugías, etc.
- **Red nacional incluida con más de 530,000 médicos en red.** <https://hstconnect.com/> (solo para proveedores)
- Copagos más económicos.
- Programa Best Choice Rx Plus que ofrece medicamentos con grandes descuentos (Desarrollado por Shield PBM, vea las características adicionales del plan)
- Incluye Atención de Urgencia Virtual 24/7. (Desarrollado por Walmart Health, vea las características adicionales del plan)
- Incluye Healthcare Advocacy que ofrece herramientas de ahorro de costos para reducir los gastos médicos. (Desarrollado por CareGuide Advocates)

### COSTO

Empleado

Empleado + Niño(s)

Empleado+Espos(a)

Empleado+Familia



# PLAN MVP VALUE+

## ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

| Características del Plan de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Deducible (por cada año del plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0 Individual<br>\$0 Familiar                         | No aplica                                              |
| Coaseguro de Miembro (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0%                                                     | No aplica                                              |
| Máximo de Desembolso Médico (OOP) (por año del plan, incluye deducible)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$8,700 Individual<br>\$17,400 Familiar                | No aplica                                              |
| Máximo de Desembolso Farmacia (OOP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$5,000 Individual<br>\$10,000 Familiar                | No aplica                                              |
| Todos los gastos cubiertos se acumulan por separado para el límite OOP de la red y fuera de la red. Los gastos de copago de farmacia se aplican al límite OOP. Solo aquellos gastos OOP que resulten de la aplicación del porcentaje de coseguro, deducibles y copagos pueden usarse para satisfacer el máximo OOP. Una vez que se alcanza el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su límite de pago por el resto del año del plan. |                                                        |                                                        |
| Requisito de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico | Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico |
| Servicios Médicos y Auxiliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Cuidado Urgente Virtual Desarrollado por Walmart Health                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cubierto en su totalidad                               | No aplica                                              |
| Visitas al consultorio de no especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$25 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Visitas al consultorio de especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$35 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Visitas al consultorio de maternidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$35 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Parto de maternidad** (Las visitas al consultorio prenatal incluidas como visitas al consultorio del especialista, los laboratorios y los ultrasonidos se incluyen en Servicios de Diagnóstico, el parto se incluye en Servicios Hospitalarios y de instalaciones. Se aplican todas las limitaciones aplicables para los servicios y los requisitos de precertificación.)                                                                                                                 | Incluido                                               | No aplica                                              |
| Proveedor de Atención de Urgencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$50 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Sala de emergencias Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$400 co-pago                                          | No aplica                                              |
| Servicios de Ambulancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No está cubierto                                       | No aplica                                              |
| Servicios de laboratorio fuera del hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$75 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| Cuidado Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Los servicios de atención preventiva están cubiertos de acuerdo con la Reforma de Atención Médica. Servicios sujetos a cambios a medida que se revisan las pautas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                        |
| Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes de bienestar y vacunas para niños                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes ginecológicos de rutina Incluye pruebas de rutina y costos de laboratorio relacionados. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Mamografías de rutina Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Servicios de Maternidad Incluye: Detección de diabetes gestacional, VPH, consejería para infecciones de transmisión sexual, consejería y detección de VIH, detección y consejería de violencia interpersonal y doméstica, apoyo para la lactancia, suministros y consejería. Métodos anticonceptivos, educación del paciente y asesoramiento. Pueden aplicarse limitaciones.                                                                                                              | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Detección de cáncer colorrectal Para todos los miembros mayores de 45 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Exámenes de la vista de rutina (refracción) Para niños cubiertos de 3 a 5 años. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Prueba de COVID-19 Solo hisopo. Limitado a 1 examen cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incluido                                               | No está cubierto                                       |
| Servicios de Diagnóstico (No Hospitalarios)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dentro de la Red                                       | Fuera de la Red                                        |
| Radiología menor (rayos x, ultrasonido, etc) Límite de 7 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$60 co-pago                                           | No está cubierto                                       |
| *Radiología mayor (MRI, CT, etc) Límite de 5 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$80 co-pago                                           | No está cubierto                                       |

## PLAN MVP VALUE+ ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

| Servicios de Diagnostico (Hospitalarios)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| Servicios de Laboratorio Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$200 co-pago                                                        | No aplica        |
| Radiología menor (rayos x, ultrasounido, etc) Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | \$250 co-pago                                                        | No aplica        |
| *Radiología mayor (MRI, CT,etc) Límite de 2 usos por miembro por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$350 co-pago                                                        | No aplica        |
| Servicios Hospitalarios y Centros de Salud**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| *Hospitalizacion de Paciente Interno Incluido el médico tratante/centro, límite de 7 días por año del plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| *Cirugía de Paciente Interno Incluido el médico tratante/anestesiólogo/centro, límite de 3 días por año del plan. Si aplica, la admisión se contará para la hospitalización de pacientes internados. Todas las limitaciones aplicables a los servicios y se aplican requisitos de precertificación.                                                                                                                                                                |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| *Centro de cirugía ambulatoria de hospital Incluido el médico tratante/cirujano/anestesiólogo, límite de 1 día por año del plan. Si aplica, la admisión se contará para la hospitalización de pacientes internados. Todas las limitaciones aplicables a los servicios y se aplican requisitos de precertificación.                                                                                                                                                 |  | \$1,000 co-pago                                                      | No aplica        |
| *Abuso/dependencia de sustancias para pacientes internados Límite de 7 días por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | \$300 co-pago                                                        | No aplica        |
| *Dependencia/Abuso de sustancias para pacientes ambulatorio Límite de 7 días por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$200 co-pago                                                        | No aplica        |
| Servicios del centro Quirúrgico Ambulatorio**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| *Centro Independiente de Ciugía Ambulatoria Incluye instalación/cirugia/anestesia, limite de 3 usos por ano del plan. Si corresponde, la admisión se contará para la hospitalización como paciente internado. Se aplican limitaciones para los servicios y los requisitos de certificación previa.                                                                                                                                                                 |  | 0% coseguro                                                          | No aplica        |
| Otros Servicios y Detalles del Plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Dentro de la Red                                                     | Fuera de la Red  |
| Terapia Ambulatoria Física, Habla, Ocupacional. Límite de 15 visitas combinadas por miembro por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | \$50 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Servicios Quiroprácticos Límite de 10 visitas por miembro por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | \$35 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Cuidado de la salud en el hogar Límite de 15 visitas por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | \$50 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Visitas a la Oficina de Consejería Límite de 12 visitas por año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$35 co-pago                                                         | No está cubierto |
| Dispositivos médicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Equipo médico duradero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Boca, mandibulas y dientes Procedimientos de cirugía oral, de naturaleza médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Planificación Familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Tratamiento y Servicios de Cáncer se excluyen las visitas que no sean visitas al consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | No está cubierto                                                     | No aplica        |
| Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Acceso y Descuentos Disponibles                                      |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Minorista (Suministro de hasta 30 días)                              |                  |
| Medicamentos Preventivos y Agudos / Crónica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | \$0 co-pago (solo formulario) / \$5 co-pago (200 Cronica Formulario) |                  |
| Medicamento Genérico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$10 de copago +Beneficio de crédito***                              |                  |
| Medicamentos de Marca Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$30 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca No Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Descuentos Disponibles                                               |                  |
| Medicina Especializada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Sin cubierto                                                         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Entrega a Domicilio(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)    |                  |
| Medicamentos Genéricos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | \$20 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$60 co-pago + Beneficio de crédito***                               |                  |
| Medicamentos de Marca No Preferida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Descuentos Disponibles                                               |                  |
| *Se requiere precertificación. El no obtener la precertificación puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. **Sujeto a precios basados en referencias; al miembro se le puede facturar el saldo si el proveedor no acepta el 150 % del pago permitido por Medicare. Este beneficio utiliza acceso abierto sin restricciones de red.                                                                                                               |  |                                                                      |                  |
| ***Se aplica un crédito de beneficios de \$150 después del copago por mes por miembro (no se transfieren ni se combinan los créditos de los miembros, se aplica al comercio minorista y la entrega a domicilio. Los montos que superen el crédito de beneficios serán responsabilidad de los miembros junto con el copago).<br><a href="https://hstconnect.com/PHCS">https://hstconnect.com/PHCS</a> (solo para proveedores)                                       |  |                                                                      |                  |
| Si bien se cree que esta información es precisa a la fecha de impresión, está sujeta a cambios. Para recibir descripciones de políticas completas y actualizadas, visite <a href="https://breckpoint.linked.exchange">breckpoint.linked.exchange</a> para iniciar sesión en nuestro portal para miembros. Portal de reclamaciones: para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite <a href="https://portal.breckpoint.com">portal.breckpoint.com</a> |  |                                                                      |                  |

\*Se requiere precertificación. El no obtener la precertificación puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. \*\*Sujeto a precios basados en referencias; al miembro se le puede facturar el saldo si el proveedor no acepta el 150 % del pago permitido por Medicare. Este beneficio utiliza acceso abierto sin restricciones de red.

\*\*\*Se aplica un crédito de beneficios de \$150 después del copago por mes por miembro (no se transfieren ni se combinan los créditos de los miembros, se aplica al comercio minorista y la entrega a domicilio. Los montos que superen el crédito de beneficios serán responsabilidad de los miembros junto con el copago).  
<https://hstconnect.com/PHCS> (solo para proveedores)

Si bien se cree que esta información es precisa a la fecha de impresión, está sujeta a cambios. Para recibir descripciones de políticas completas y actualizadas, visite [breckpoint.linked.exchange](https://breckpoint.linked.exchange) para iniciar sesión en nuestro portal para miembros. Portal de reclamaciones: para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite [portal.breckpoint.com](https://portal.breckpoint.com)

**Descargo de responsabilidad:** este plan no cubre todos los gastos de atención médica e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. Este material tiene únicamente fines informativos y no constituye una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene solo una descripción general parcial de los beneficios o programas del plan y no constituye un contrato. Este material no brinda servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o

resultados. Consulte los documentos del plan para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones relacionadas con el plan. También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los medicamentos que se encuentran en la sección Limitaciones y exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos, y las excepciones médicas no están disponibles para ellos.

MONEY  
MAPPRICING  
PORTALHOSPITAL BILL  
ERASER

## HEALTHCARE ADVOCACY

## BENEFICIOS SIN COSTO AGREGADO

Incluido con Accidentes, Enfermedades Graves, Indemnización Hospitalaria, Paquetes complementarios y médicos.

## MONEY MAP

## ADONDE IR

Money Map ayuda a los miembros a ahorrar entre un 40 % y un 70 % por atención ambulatoria cuando utilizan proveedores de la red personalizada de calidad y bajo costo de Money Map.

La tecnología de TAP THE MAP hace que sea fácil para el equipo de CareGuide Advocates ubicar proveedores de menor costo para miembros en cuestión de segundos. La visualización de mapas y marcadores de Google muestran proveedores de atención dentro de la red cercanos y de bajo costo, en cualquier parte de Estados Unidos por código postal o GPS.



Para saber más acerca de Money Map [AQUI](#).

## HOSPITAL BILL ERASER

## ¿QUÉ HACEMOS?

Ayudamos a los miembros a obtener descuentos en hospitales locales sin fines de lucro. Nuestro servicio hace algo más que ahorrar dinero. Pone fin al acoso hospitalario por facturas que no se han pagado y que los miembros no pueden pagar.

## ¿CÓMO?

Más de 3.300 hospitales funcionan como hospitales sin fines lucrativos con arreglo al código fiscal 501(r) del IRS. Según este reglamento, los hospitales sin fines lucrativos deben ofrecer asistencia financiera a las personas que residan en el área de servicio del hospital. La ayuda se ofrece de tres maneras:

**ATENCIÓN CARITATIVA (atención gratuita):** En general, se aplica a individuos con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL).

**ATENCIÓN CON DESCUENTO:** En general, las personas con ingresos familiares entre el 201 y el 400% del FPL pueden calificar para un descuento de escala, por ejemplo, 80%, 70%, etc., dependiendo de del nivel de ingresos.

**ASISTENCIA POR CATÁSTROFE/DIFICULTAD ECONÓMICA:** Este tipo de asistencia se ofrece a las personas cuya factura hospitalaria total es igual o supera un determinado porcentaje de los ingresos familiares, por ejemplo, el 15% o el 25%.

Para más información sobre Hospital Bill Eraser, haga clic [AQUI](#).

## PRICING PORTAL

## ¿QUÉ PAGAR?

Los precios ya no son un secreto y las facturas sorpresa pueden ser cosa del pasado. Los defensores armados con el Portal de Precios le ayudan a navegar por cientos de miles de datos de todo el país que le ayudarán a tomar decisiones bien fundadas.

| CPT Codes/Descriptions<br>Up to 5 at a time | National Medicare Price Tags |                              |                  | National Center Price Tags |                              |                  | Target Cash Price Medicare +25% |                              |                  |
|---------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------|
|                                             | Hospital<br>Facility Fee     | Non-Hospital<br>Facility Fee | Physician<br>Fee | Hospital<br>Facility Fee   | Non-Hospital<br>Facility Fee | Physician<br>Fee | Hospital<br>Facility Fee        | Non-Hospital<br>Facility Fee | Physician<br>Fee |
| 27130 Total hip arthroplasty (joint r...    | \$14752.00                   | \$14752.00                   | \$1415.00        | \$27222.00                 | \$22123.00                   | \$2705.00        | \$17702.40                      | \$17702.40                   | \$1698.00        |
| 29648 Carpal tunnel release, ends...        | \$1280.00                    | \$1283.00                    | \$530.00         | \$2565.00                  | \$2372.00                    | \$1116.00        | \$1512.00                       | \$1539.60                    | \$636.00         |
| 71049 Chest x-ray, two views                | \$52.00                      | \$51.00                      | \$11.00          | \$179.00                   | \$164.00                     | \$62.00          | \$62.40                         | \$61.20                      | \$13.20          |
| 80053 Complete Metabolic Panel (...)        | \$12.00                      | \$12.00                      | N/A              | \$83.00                    | \$29.00                      | N/A              | \$14.40                         | \$14.40                      | N/A              |
| 93306 Echocardiogram                        | \$437.00                     | \$434.00                     | \$76.00          | \$1133.00                  | \$974.00                     | \$140.00         | \$524.40                        | \$528.80                     | \$91.20          |

Para más información sobre Pricing Portal haga clic [AQUI](#).

CÓMO ACCEDER A SUS  
BENEFICIOS

La ayuda está a una llamada de distancia: para obtener la mejor orientación y acceso a este beneficio, llame a CareGuide Advocates al 888.221.1140. Todos los afiliados recibirán un correo electrónico de CareGuide Advocates con instrucciones sobre cómo utilizar su beneficio específico a través del equipo de defensa o del acceso electrónico.



Essential  
Health Plans

# ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

powered by



HealthWallet

La enfermedad no duerme. Obtenga la atención que necesita, cuando la necesita, ¡sin costo alguno para usted! Con los exámenes a pedido de HealthWallet, usted, su cónyuge e hijos pueden recibir tratamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana para problemas de salud de rutina como:

- **Resfriado, gripe, dolor de garganta, infecciones de los senos nasales**
- **Alergias, picazón en los ojos, conjuntivitis**
- **Náuseas, vómitos, diarrea**
- **UTIs, dolor abdominal**
- **Infecciones cutáneas, erupciones**
- **Medicamentos de viaje**
- **Resurtidos de recetas a corto plazo**
- **Asesoramiento y consulta general**

*Nuestro equipo médico incluye MD, DO, NP y PA (proveedores médicos con licencia en los 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 enviarle recetas directamente a su farmacia.*

## OBTENGA CUIDADO MEDICO DE DIA Y DE NOCHE

### 1 DESCARGUE LA APLICACIÓN

- Escanee el código QR o visite <http://get.thehealthwallet.com/> y descargue la aplicación HealthWallet en su dispositivo móvil.

### 2 REGISTRESE

- Abra la aplicación y regístrese seleccionando "ID Miembro". Ingrese su Identificación de miembro y fecha de nacimiento.

### 3 ACCESSE Y PROGRAME CITAS

- Después de registrarse, inicie sesión para acceder a sus servicios de salud y programar una cita a través de la aplicación.



**ESCANEE AQUÍ** para descargar la aplicación HealthWallet

**PARA AYUDA** llame al 1.866.918.7735 o envíe un correo electrónico

[support@healthwallet.com](mailto:support@healthwallet.com)





Essential  
Health Plans

# BEST CHOICE RX PLUS

## MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN

con formulario de medicamentos ACA, agudos y medicamentos crónicos

powered by SHIELD PBM

Como miembro de BestChoice Rx PLUS, no tendrá que preocuparse por el alto costo de más de los 300 medicamentos comúnmente recetados del formulario, con un copago de \$0 o \$5. El programa de medicamentos BestChoice Rx Plus proporciona beneficios para estos medicamentos por:

- Copago de \$10 por genéricos adicionales que no están en el formulario.
- Copago de \$30 por medicamentos de marca.
- El pedido por correo está disponible para un suministro de hasta 90 días por 2 veces el copago.

Cada miembro recibe un crédito de beneficio de \$150 por mes que se aplicará al monto total, sobre el copago del miembro. Visite [BreckpointRx.com](http://BreckpointRx.com) para comenzar.

### 1. PAGUE ANTES DE PAGUE ANTES DE RECOGER



- Compre sus medicamentos en nuestro sitio web, luego recoja en la farmacia donde no deberá nada.

### 2. ORDENE FOR CORREO



- Ahorre aún más en sus medicamentos con pedido por correo. Disponible para rellenos de 90 días.

### 3. CRÉDITO DE BENEFICIOS



- Utilice el beneficio de \$150 de crédito por mes para cubrir costos de medicamentos por encima de su copago.

## BEST CHOICE RX PLUS BENEFICIOS DEL PROGRAMA

- Copago de \$0: 132 medicamentos comúnmente recetados de los Formularios ACUTE y ACA-MEC. Pedido por correo disponible para rellenos de 90 días.
- Copago de \$5: 200 medicamentos del formulario CRÓNICO. Pedido por correo disponible para rellenos de 90 días.
- Copago de \$10: Genéricos fuera del formulario de medicamentos. Pedido por correo disponible para rellenos de 90 días por el doble del copago.
- Copago de \$30: Medicamentos de marca. Pedido por correo disponible para rellenos de 90 días por el doble del copago.
- Cada miembro recibe un crédito de beneficio de \$150 por mes que se aplicarán al monto total, sobre el copago del miembro.
- Sólo ciertas dosis y cantidades se ofrecen para cada medicamento a través de este programa.
- Después de su primera compra minorista, todo los medicamentos CRÓNICOS deben surtirse mediante pedidos por correo. Nuestro equipo se comunicará con usted y trabajará con usted para transferir su receta.
- Salud masculina: Los genéricos Viagra® y Cialis® se puede comprar exclusivamente por correo y están limitados a 72 pastillas genéricas de Viagra 50/100 mg o 48 pastillas genéricas de Cialis 5/20 mg por año.



# Essential Health Plans

Administered by Breckpoint, Inc