

MVP VALUE PLAN

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Período de cobertura: 01 de julio de 2025 - 30 de junio de 2026
Cobertura para: Empleado/Familia
Tipo de plan: PHCS (Value-Driven Health Plans)
Sólo para proveedores. No hay red para centros de salud. La aseguradora pagará a los centros el % de las tarifas de Medicare.

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

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [breckpoint.linked.exchange](#) o llame al (844) 798-4878. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como la **cantidad permitida**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** o otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [breckpoint.linked.exchange](#) o llamar al (844) 798-4878 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$0.00 proveedores individuales participantes \$0.00 proveedores familiares participantes	Consulte el cuadro de acontecimientos médicos comunes que figura a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Si. Atención preventiva dentro de la red (adultos y niños)	Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite médico de bolsillo para este plan?	\$8,700.00 proveedores participantes individuales \$17,400.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos médicos de su bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios límites médicos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos médicos familiares.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados para este plan?	\$5,000.00 proveedores participantes individuales \$10,000.00 proveedores familiares participantes	El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso de medicamentos recetados hasta que se cumpla el límite de desembolso general de medicamentos recetados de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	No Aplica.	Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos.
Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Si. Consulte su I.D. tarjeta para identificar el logotipo de la red. Visite breckpoint.linked.exchange , haga clic en ENCONTRAR UN PROVEEDOR y seleccione el logotipo de red apropiado que coincida con su ID. tarjeta. Consulte el documento de su plan para obtener más información sobre su proveedor participante. También puede llamar al (844) 798-4878 si tiene alguna pregunta.	Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo).
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia. Recuerde, los beneficios no están cubiertos si elige un proveedor especialista no participante.

Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado su deducible, si aplica un deducible.

Evento médico común	Servicios que puedes necesitar	Lo que pague		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Atención preventiva/ detección/ inmunización	Cubierto, sin gastos adicionales de bolsillo	No está cubierto	Estará sujeto a las limitaciones de frecuencia apropiadas para la edad y el desarrollo determinadas por el Equipo de trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF), a menos que se especifique específicamente este Programa de Beneficios, y puede ubicarse en los siguientes sitios web: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-advice/ Solo es elegible para servicios preventivos no participantes (atención preventiva) si el servicio preventivo no es proporcionado por un proveedor participante.
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	\$25.00 co-pago	No está cubierto	
	Visita de especialista	\$35.00 co-pago	No está cubierto	
Si tienes una prueba	Servicios de laboratorio (no hospitalarios)	\$75.00 co-pago	No está cubierto	
	Servicios de laboratorio (hospitalarios)	\$200.00 co-pago	No está cubierto	Límite de 2 usos por miembro por año
	Radiología menor (no hospitalaria) rayos x, ecografía, etc.	\$60.00 co-pago por uso	No está cubierto	Límite de 5 usos por miembro por año
	Radiología menor (hospitalaria) rayos x, ecografía, etc.	\$250.00 co-pago por uso	No está cubierto	Límite de 2 usos por miembro por año
	Radiología principal (no hospitalaria) MRI, CT, etc.	\$80.00 co-pago por uso	No está cubierto	Límite de 3 usos por miembro por año
	Radiología principal (hospitalaria) MRI, CT, etc.	\$350.00 co-pago por uso	No está cubierto	Límite de 2 usos por miembro por año

Evento médico común	Servicios que puedes necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.BreckpointRX.com	Medicamentos preventivos y agudos/crónicos	Suministro al por menor para 30 días: Copago de \$0 (sólo en el formulario) Copago de \$5 (formulario de 200 medicamentos crónicos)		Cubre hasta un suministro para 30 días (venta al por menor) o 90 días (pedido por correo). Todos los medicamentos recetados de marca no pagados por el Plan están disponibles con un descuento sobre el precio de venta al público. *Se aplica un crédito de 150 \$ después del copago mensual por afiliado (no se acumulan ni combinan créditos, se aplica a los medicamentos de venta al público y a los pedidos por correo. Los importes que superen el crédito de beneficios serán responsabilidad del afiliado junto con el copago).
	Medicamentos genéricos	Suministro al por menor para 30 días \$10 copago*	Suministro de 90 días Pedidos por correo \$20 copago*	
	Medicamentos de marca preferente	Retail 30 day supply: \$30 co-pay*	Mail Order 90 day supply: \$60 co-pay*	
	Medicamentos de marca no preferida	Descuentos Disponibles	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	No está cubierto	No aplica	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Hospital Centro de cirugía ambulatoria	\$1,000 co-pago	No aplica	Médico tratante/Institución, Anestesia, límite de 1 utilización por año del plan. Si procede, el ingreso se contabilizará como hospitalización. Se aplican todas las limitaciones aplicables a los servicios y los requisitos de certificación previa.
	Cirugía ambulatoria Centro independiente	0% coseguro	No aplica	Médico tratante/Instituto, Anestesia, límite de 3 utilizations por año del plan. Si procede, el ingreso se contabilizará como hospitalización. Se aplican todas las limitaciones aplicables a los servicios y los requisitos de certificación previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en urgencias	\$400.00 co-pago	No aplica	Límite de 2 utilizations por afiliado y año
	Transporte médico de urgencia	0% de coseguro	No aplica	No está cubierto
	Atención urgente	\$50.00 co-pago	No está cubierto	
Si está hospitalizado	Hospitalización	0% de coseguro	No aplica	Médico de cabecera/centro sanitario, límite de 2 días por año del plan
	Cirugía hospitalaria	0% de coseguro	No aplica	Médico tratante/Institución, Anestesia, límite de 1 días por año del plan. Si procede, el ingreso se contabilizará como hospitalización. Se aplican todas las limitaciones aplicables a los servicios y los requisitos de certificación previa.

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor Participante (Pagará menos)	Proveedor no participante (pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Abuso de sustancias/ Dependencia: \$200 de copago	No aplica	Límite de 3 días por año del plan
	Servicios de hospitalización	Abuso de sustancias/ Dependencia: \$300 de copago	No aplica	Límite de 3 días por año del plan
Sí estas embarazada	Visitas a la oficina	\$35 de copago	No está cubierto	
	Servicios de parto/parto	Incluido	No aplica	Las visitas prenatales a la consulta se incluyen como visitas de especialistas, los análisis y las ecografías se incluyen en los servicios de diagnóstico. El parto se incluye en Servicios hospitalarios y de instalaciones. Todas las limitaciones aplicables a los servicios y requisitos de certificación previa aplican.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidados de salud en el hogar	\$50 de copago	No está cubierto	Límite de 7 días por afiliado y año del plan
	Terapia ambulatoria	\$50 de copago	No está cubierto	Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. Límite de 7 visitas combinadas por afiliado y año del plan.
	Servicios quiroprácticos	\$35 de copago	No está cubierto	Límite de 5 visitas por afiliado y año del plan
	Visitas a la oficina de asesoramiento	\$35 de copago	No está cubierto	Límite de 6 visitas por afiliado y año del plan
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No aplica	No está cubierto
	Servicio de hospicio	No está cubierto	No aplica	No está cubierto
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No aplica	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Gafas para niños	No está cubierto	No aplica	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No aplica	A menos que lo exija la Ley de Atención Asequible

Servicios Excluidos Y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre:

(Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Atención Asequible.
- Tratamientos o procedimientos experimentales.
- Servicios de autorización
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos y niños) a menos que lo exija la Ley de Atención Asequible
- Cuidado de rutina de los pies
- Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Programas de pérdida de peso (a menos que se cumplan las disposiciones del plan)

Otros servicios cubiertos:

(Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Verifique su póliza o documento del plan

Otros productos auxiliares:

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

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el patrocinador del plan al (844) 798-4878 o el administrador de reclamos del plan al (844) 798-4878, o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si. Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Si. Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura exclusiva.

Peg está teniendo un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)	
El deducible general del plan	\$0.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	0% co-seguro
Otro	0%
Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de atención primaria (atención prenatal), Servicios profesionales de parto / parto, servicios en el centro de parto / parto, Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre), Visita al especialista (anestesia)	
Costo Total de Ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$1,500
El total que pagaría Peg es	\$2,300

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	
El deducible general del plan	\$0.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	0% co-seguro
Otro	0%
Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades), Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre), Medicamentos con receta, Equipo médico duradero (medidor de glucosa)	
Costo Total de Ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$3,900
El total que Joe pagaría es	\$4,400

La fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
El deducible general del plan	\$0.00
Copago de proveedor de atención primaria	\$25.00
Coseguro de hospital (instalaciones)	0% co-seguro
Otro	0%
Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (incluidos suministros médicos), Prueba de diagnóstico (rayos X), Equipo médico duradero (muletas), Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
Costo Total de Ejemplo	\$ 2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Compartir Costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$1,200
El total que pagaría Mia es	\$2,000

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado.

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