breckpoint®
LEAD TOGETHER

Guía de Inscripción

BENEFICIOS MÉDICOS
Y SUPPLEMENTARIOS

Nombre del empleador: ProStaff Solutions Inc
Período del plan: 01/01/2024 - 12/31/2024
Número de Grupo: C002995

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. 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 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 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.*

¡TIENES **2 FORMAS DIFERENTES** DE 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 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 Pacifico al 1.844.657.1575. Representantes que hablan inglés y español están disponible.

Tenga en cuenta que se le inscribirá automáticamente en el plan MEC si no realiza ninguna selección durante su período de inscripción abierta. Para rechazar la cobertura, consulte a su departamento de recursos humanos para completar un formulario de renuncia o llame al centro de llamadas de Breckpoint al 844-300-6497. Nuestro Call Center está abierto de lunes a viernes de 7 am a 5 pm PST, excepto días festivos.

PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Los planes de Beneficios Limitados son planes con beneficios mas restringidos que un plan de seguro médico mayor, pero con tarifas mucho más económicas.

¿PUEDO USAR ESTE PLAN COMO CUALQUIER SEGURO MÉDICO?

¡Si! Usted recibirá una tarjeta de identificación medica que usará de la misma manera que otros planes médicos. Vea los consejos debajo de esta información.

¿QUÉ ES "ACCESSO ABIERTO"?

Breckpoint no rechazará reclamos basados en la participación en alguna red. Consideraremos todas las reclamaciones de pago de acuerdo con las especificaciones de su plan. Su proveedor debe aceptar facturar a Breckpoint directamente por los servicios prestados.

COMO HACER UNA CITA

¡TENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN LISTA!

Es muy importante que usted provea la información actual de su seguro médico a su proveedor. Su tarjeta de identificación contiene toda la información necesaria requerida por su proveedor médico. Si usted no tiene una tarjeta médica, contacte directamente a nuestra línea de Servicios de Miembros al 1-844-657-1575 de lunes a viernes de 7 am a 4 pm tiempo del Pacífico.

¿QUÉ TENGO QUE DECIR A MI PROVEEDOR AL HACER UNA CITA?

"Tengo un plan de beneficios limitados con Acceso Abierto." "Breckpoint es el administrador de mi plan, por favor llámelos para verificar mi cobertura al 1-844-657-1575."

TODAVIA NECESITA AYUDA?

¿QUÉ HAGO SI MI PROVEEDOR DICE QUE NO ACEPTA MI SEGURA MÉDICO?

Por favor, contacte al servicio al cliente de AXA al 1-866-762-4455 o mecsupport@valenzhealth.com. AXA lo ayudará a el proveedor de su preferencia y también le proporcionará otros proveedores médicos que acepten sus beneficios.

TODOS LOS NUMEROS DE AYUDA ESTAN LISTADOS EN LA PARTE DE ATRÁS DE SU TARJETA MEDICA

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 una cita.

ASISTENCIA PARA ENCONTRAR PROVEEDORS:
Llame a este número si necesita ayuda para encontrar un nuevo proveedor; pueden darle un directorio personal de proveedores médicos dependiendo del tipo de proveedor que necesita.

LÍNEA DE AYUDA DE FARMACIA:
Usted o su farmacéuta pueden llamar a este número y conectarse directamente con su programa de descuento de farmacia para obtener asistencia con sus necesidades de medicamentos recetados. Ellos pueden ayudarlo a obtener el mejor descuento disponible.

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 inmunizaciónes
- 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 mayoreas 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
- Inmunizaciónes 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 bebes 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 inmunizaciónes
- 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!

** Please see plan specification document for more details.*

breckpoint®

PLAN DE **COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA** (MEC)

ESTE PLAN INCLUYE:	
Cobertura Esencial Mínima	✓
Red Abierta	**AXA Open Access**
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	$0/None
Deducible familiar / Límite de bolsillo	$0/None
Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia	$5,000/$10,000
Cuidado Preventivo Cubierto sin gastos de bolsillo.	100%
Utilizaciones de médicos y consultorios	Solo Preventivo
Visita de atención primaria	No incluido
Visita al especialista	No incluido
Visita de atención urgente	No incluido
Maternidad Pre / Post Natal	No incluido
Salud mental / conductual	No incluido
Rayos X y Laboratorio	Solo Preventivo
Imagen	Solo Preventivo
Sala de emergencias	No incluido
Transporte de emergencia	No incluido
Servicios para pacientes ambulatorios / hospitalizados Admisión al hospital	No incluido
Formulario de Medicamentos de la ACA	Incluido
Programa de descuento de prescripciones (Proporcinonado por Shield PBM)	Incluido
Forulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)	Incluido
Atencion de urgencia virtual (Desarrollado por Walmart Health)	Incluido

CARACTERISTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar annual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Sin períodos de esera.
- Programma de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grades desuentos. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Incluye Clinica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por Walmart Health, consulte la hoja suelta)*

COSTO SEMANAL	Empleado	Empleado + Niñõ(s)	Empleado+Esposo(a)	Empleado+Familia
	$11.54	$16.62	$16.62	$21.69

PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Caracteristícas del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de tú médico familiar	No se requiere	No aplica
Deducible (por cada año del plan)	$0 Individual $0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado-Monto Máximo (por cada año del plan, incluye dedcible)	No aplica	No aplica
Desembolso máximo de farmacia (OOP)	$5,000 Individual $10,000 Familiar	No aplica
El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red). El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el limite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la applicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (Proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No se requiere	No aplica
Servicios Médicos	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado por "Walmart Health"	Incluido	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas	No está cubierto	No aplica
Consulta con Médicos Especialistas	No está cubierto	No aplica
Maternidad Prenatal (Visita en Consultorio)	No está cubierto	No aplica
Maternidad – Parto y Cuidado de Post Parto	No está cubierto	No aplica
Cuidado Preventivo	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.		
Examen Físico Rutinario y Vacunas para Adultos Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños Limitados a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".	Incluido	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye exámenes rutinarios y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Mamografías de Rutina Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Salud de la Mujer Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal. Apoyo de lactancia, materiales y asesoramiento. Métodos anticonceptivos, educación y asesoría para el paciente Aplican restricciones	Incluido	No aplica
Detección del Cáncer de Colon Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) Incluye ninos con cobertura de 3 a 5 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Esterilización Femenina Voluntaria-Ligadura de Trompas Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.	Incluido	No aplica
Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	No está cubierto	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo/Ambulatorio (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)	No está cubierto	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) (Icluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT)	No está cubierto	No aplica

PLAN MEC ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

Servicio Médico de Emergencia	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Proveedor de atención urgente	No está cubierto	No aplica
Sala de Urgencias	No está cubierto	No aplica
Ambulancia (Servicio sin emergencia)	No está cubierto	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No está cubierto	No aplica
Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción	No está cubierto	No aplica
Centro Especializado de Enfermería	No está cubierto	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	No está cubierto	No aplica
Equipo Médico Duradero	No está cubierto	No aplica
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	No está cubierto	No aplica
Planificación Familiar	No está cubierto	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM	**Dentro de la Red**	
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamentos Preventivos	Incluido	
Medicamento Genérico	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
Entrega a Domicilio(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos Disponibles	

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

**Utilización es el uso de servicios por parte de personas con el propósito de prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y el bienestar, u obtener información sobre el estado de salud y el pronóstico médico. Ejemplos de Utilización son la cantidad de visitas al consultorio que hace una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados tomados, o la cantidad de pruebas que una persona recibe por parte de un proveedor.

Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com

El Plan de Farmacia incluye lo siguiente: Medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacia. Los Anticonceptivos para mujer aprobados por "FDA", se encuentran cubiertos al 100% (dentro de la red). No todos los fármacos se encuentran cubiertos. El presente plan de salud no cubre todos los gastos, contiene exclusiones y restricciones. El Socio Afiliado tendrá que revisar los documentos de su plan para determinar los servicios que se encuentran cubiertos y los que se encuentran exentos. A continuación, encontrará una lista parcial de los servicios y suministros que no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan tendrán excepciones a la lista. Estas excepciones son debido a los mandatos estatales o debido al plan adquirido por su trabajo o patrón.

Lo que no está cubierto: Todos los servicios médicos y hospitalarios no cubiertos o los que se encuentran limitados o excluidos dentro de su plan; Cargos relacionados con cirugía oftalmológica para corregir errores refractivos; Cirugía Cosmética, incluyendo reducción de senos; Cuidado custodial; Cuidado dental y de rayos x; Fecundación In Vitro; Procedimientos de Investigación y Experimentación; Problemas Auditivos; Vacunas para viajeros o trabajadores, Servicios de Infertilidad, incluyendo sin limitación a inseminación artificial y a tecnologías de reproducción avanzadas o a otros servicios relacionados, a menos que se encuentre especificado como cubierto en su plan; Servicios o Productos no médicos; Ortopédicos; Medicamentos sin Prescripción médica; Reversión de Esterilización; Servicios para el tratamiento de disfunción eréctil, incluyendo terapia, productos o consejería o enfermeras especializadas. Control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos; tratamientos médicos, programas de control y pérdida de peso, dietas y suplementos, inhibidor de apetito y otros medicamentos relacionados; Alimentos o Suplementos Alimenticios; Programas de ejercicio, equipo de ejercicio y cualquier otro producto cuya intención primordial sea controlar o perder peso, incluyendo obesidad mórbida o para el propósito de reducción de peso, sin importar la existencia de afecciones comórbidas.

El presente material es informativo, no ofrece cobertura o consejería médica. Incluye únicamente una descripción parcial o general de su plan de beneficios o de los programas disponibles y no es un contrato. Este documento no proporciona servicios de cuidado de salud y por lo tanto no garantiza ningún resultado. Favor de consultar los documentos de su plan de salud para determinar las provisiones contractuales, incluyendo procedimientos, exclusiones y restricciones al plan relacionado. Cualquier medicamento que se encuentre en las Restricciones o Exclusiones o que sea no existente dentro de su plan de salud (recibido después de su registro), no será cubierto y no habrá excepciones médicas al respecto.

PLAN PRO

ESTE PLAN INCLUYE:	
Cobertura Esencial Mínima	✓
Red Abierta	**AXA Open Access**
Cobertura Fuera de la Red	N/A
Deducible individual / Límite de bolsillo	$0/$400
Deducible familiar / Límite de bolsillo	$0/$800
Individual/familiar / Máximo de desembolso en farmacia	$5,000/$10,000
Preventivo y Bienestar Cubierto sin gastos de bolsillo.	100%
Utilizaciones de Médicos y Consultorios	8 Utilizaciones por año
Visita de Médico Familiar	$25 co-pago
Visita Médico Especialista	$35 co-pago
Visita de Clínica de Urgencias	$50 co-pago
Maternidad pre / post natal (visita al consultorio)	No incluido
Salud mental / conductual (visita al consultorio)	No incluido
Rayos X y Laboratorio	Solo Preventivo
Imagen	Solo Preventivo
Sala de Emergencias	No incluido
Ambulancia de Emergencia	No incluido
Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	No incluido
Transporte de Viaje Compartido Permite el reembolso de cualquier transporte compartido, taxi u otro transporte hacia y desde tratamientos médicos y citas.	$150 max/año
Formulario de Medicamentos de la ACA	Incluido
Programa de descuento de prescripciones (Proporcinonado por Shield PBM)	Incluido
Forulario de Medicamentos Agudos (Shield PBM)	Incluido
Atencion de urgencia virtual (Desarrollado por Walmart Health)	Incluido

CARACTERISTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar que incluyen: examen de bienestar annual, vacunas y exámenes de detección de ITS.
- **Este plan tiene una Red Abierta proporcionada por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin las limitaciones de las restricciones de la red.**
- Visitas de doctores y cuidado urgente con copagos económicos..
- Programma de recetas mejoradas proporcionando medicamentos con grades desuentos. *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Formulario de medicamentos agudos incluye 37 medicamentos *(Proporcionado por Shield PBM, consulte la hoja suelta)*
- Incluye Clinica de Urgencias Virtual 24/7 sin copagos. *(Proporcionado por Walmart Health, consulte la hoja suelta)*
- ¿Necesitas transporte al doctor? ¡Beneficio de viaje compartido incluido!

COSTO SEMANAL	Empleado	Empleado + Niñ(s)	Empleado+Esposo(a)	Empleado+Familia
	$14.08	$21.21	$21.95	$29.08

PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Caracteristícas del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Selección de tú médico familiar	No se requiere	No aplica
Deducible (por cada año del plan)	$0 Individual $0 Familiar	No aplica
Coaseguro del Socio Afiliado (aplica a todos los gastos a menos que se especifique lo contrario)	0%	No aplica
Gastos a Cargo del Socio Afiliado-Monto Máximo (por cada año del plan, incluye dedcible)	$400 Individual $800 Familiar	No aplica
Desembolso máximo de farmacia (OOP)	$5,000 Individual $10,000 Familiar	No aplica
El límite de los gastos cubiertos (dentro de la red) se acumulará por separado de los gastos no cubiertos (fuera de la red). El copago de los gastos de Farmacia se aplicará hacia el limite establecido de los gastos a cargo del socio afiliado. Únicamente los gastos por cuenta del socio afiliado que sean resultado de la applicación del porcentaje del coaseguro, de los deducibles y copagos, se aplicarán al monto máximo establecido de gastos a cargo del socio afiliado.Una vez que se haya llegado al tope del deducible, éste tope se aplicará para toda la familia y por el resto del año.		
Gastos a Cargo del Socio Afiliado (Proveedores y servicios fuera de la red)	No aplica	No aplica
Referencia Obligatoria	No es requerido	No aplica
Servicios Médicos	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Clínica de Urgencias Virtual Servicio Proporcionado per "Walmart Health"	Incluido	No aplica
Consulta con Médicos No Especialistas Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.	$25 co-pago	No aplica
Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.		
Consulta con Médicos Especiqlistas Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.	$35 co-pago	No aplica
Maternidad Prenatal (Visita en Consultorio)	$25 co-pago	No aplica
Maternidad – Parto	No está cubierto	No aplica
Cuidado Preventivo	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Los servicios de cuidado preventivo serán cubiertos según lo estipulado en la Reforma del Sistema de Salud. Estos servicios están sujetos a cambio según actualizaciones.		
Examen Fisico Rutinario y Vacunas para Adultos Incluye exámenes rutinariosy gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Chequeo Anual y Vacunas para Niños LLimitados a 1 examen cada 12 meses. Las Vacunas estarán sujetas según la edad y desarrollo, conforme a lo estipulado en el "ACIP".	Incluido	No aplica
Exámenes Ginecológicos de Rutina Incluye exámenes rutinarior y gastos de laboratorio. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Mamografías de Rutina Aplica para mujeres mayores de 40. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.	Incluido	No aplica
Salud de la Mujer Incluye: examen para detectar: Diabetes Gestacional y VPH Incluye asesoramiento y examen para detectar: Infecciones sexualmente transmitidas incluyendo VIH Violencia Domestica e Interpersonal Aplican restricciones	Incluido	No aplica
Detección del Cáncer de Colon Aplica a todos los socios afiliados mayores de 45. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Examen Oftalmológico de Rutina (Refracción Ocular) Incluye ninos con cobertura de 3 a 5 anos. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Esterilización Femenina Voluntaria-Ligadura de Trompas Se cubre por ser cuidado preventivo, según lo estipulado en la Reforma de Salud.	Incluido	No aplica
Solo hisopo de prueba COVID-19 Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica

PLAN PRO ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

Procedimientos o Servicios de Diagnóstico	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Diagnóstico de Laboratorio Externo / Ambulatorio	No está cubierto	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Externo / Ambulatorio (con excepción de servicios de Imagenología Complejos)	No está cubierto	No aplica
Diagnóstico de Imagenología Compleja (Externa/Ambulatoria) (Incluyendo sin limitación alguna, Resonancia Magnética, Tomografía, PET/CT).	No está cubierto	No aplica
Servicio Medico de Emergencia	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Proveedor de atención urgente Límite de 8 usos ** combinados con no especialistas, especialistas y atención de urgencia.	$50 copago	No aplica
Sala de Urgencias	No está cubierto	No aplica
Ambulancia de Emergencia	No está cubierto	No aplica
Ambulancia que no es de emergencia	No está cubierto	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Atención hospitalaria	No está cubierto	No aplica
Servicios de salud mental y abuso de alcohol / drogas (que no sean visitas al consultorio)	No está cubierto	No aplica
Centro Especializado de Enfermería	No está cubierto	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	No está cubierto	No aplica
Equipo Médico Duradero	No está cubierto	No aplica
Boca, Quijada y Dientes Procedimientos de Cirugía Oral	No está cubierto	No aplica
Planificación Familiar	No está cubierto	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM	**Opcións de descuento**	
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamentos Preventivos	Cubierto en su totalidad	
Medicamento Genérico	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	Opciones de asistencia internacional y de prescripción: llame a atención al cliente para obtener información adicional	
Entrega a Domicilio (suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca Preferida	Descuentos Disponibles	
Medicamentos de Marca No Preferida	Descuentos Disponibles	

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar breckpoint.linked.exchange y registrarse en el portal. **Utilización es el uso de servicios por parte de personas con el propósito de prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y el bienestar, u obtener información sobre el estado de salud y el pronóstico médico. Ejemplos de Utilización son la cantidad de visitas al consultorio que hace una persona por año, la cantidad de medicamentos recetados tomados, o la cantidad de pruebas que una persona recibe por parte de un proveedor. Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com

El plan de farmacia incluye: Medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia. Los anticonceptivos genéricos para mujeres aprobados por la FDA del formulario están cubiertos al 100% en la red. No todos los medicamentos están cubiertos.

Lo que no está cubierto: 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. La siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista según los mandatos estatales o el diseño del plan o cláusulas adicionales compradas por su empleador. Todos los servicios médicos u hospitalarios no cubiertos específicamente o que están limitados o excluidos en los documentos del plan; Cargos relacionados con cualquier cirugía ocular principalmente para corregir errores de refracción; cirugía estética, incluida la reducción de senos; cuidado de custodia; cuidado dental y radiografías; recuperación de óvulos de donantes; procedimientos experimentales y de investigación; audífonos; inmunizaciones para viajar o trabajar; servicios de infertilidad, que incluyen, entre otros, inseminación artificial y tecnologías reproductivas avanzadas como FIV, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan; servicios o suministros que no sean médicamente necesarios; ortesis; medicamentos y suministros de venta libre; reversión de la esterilización; servicios para el tratamiento de disfunciones o deficiencias sexuales, que incluyen terapia, suministros o asesoramiento; y enfermería especial. Servicios de control de peso que incluyen procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de control / pérdida de peso, regímenes y suplementos dietéticos, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o complementos alimenticios, programas de ejercicio, ejercicio u otro equipo; y otros servicios y suministros que están destinados principalmente a controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o con el propósito de reducir el peso, independientemente de la existencia de condiciones comórbidas. Este material es solo para fines informativos y no es 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 proporciona servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o resultados. Consulte los documentos del plan para determinar las disposiciones contractuales que rigen, 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 en la sección de 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 DE CUMPLIMIENTO MVP

ESTE PLAN INCLUYE:	
Red Abierta	**AXA Open Access**
Cobertura Fuera de la Red	Hospitales y Centros de Servicios estan sujetos a RBP
Deducible individual / Límite de gastos de su bolsillo	$8,700/$8,700
Deducible familiar / Límite de gastos de su bolsillo	$17,400/$17,400
Límite de gastos de bolsillo de farmacia individual/familiar	$5,000/$10,000
Cuidados Preventivos & Bienestar Cubierto sin gastos de bolsillo.	100%
Visita de Cuidado Primario Especialistas Visita de Cuidado de Urgente Maternidad pre / post natal (visita de oficina) Salud mental / conductual (visita de oficina) Rayos X y Laboratorio Sala de Emergencias Ambulancia de Emergencia Servicios de Hospitalización – Estancia Hospitalaria y Ambulatoria	100% de MAC* después del deducible *Sujeto a cargo maximo permitido ("MAC" o "Cantidad permitida")
Programa de descuento de prescripciones (Proporcinonado por Shield PBM)	Incluido
Atencion de urgencia virtual (Desarrollado por Walmart Health)	Incluido

CARACTERISTICAS DEL PLAN

- Cubre servicios preventivos y de bienestar sin costo que incluyen: Exámen anual de bienestar, vacunas y exámenes de detección de ITS..
- **Este plan es un plan de Red Abierta proveido por AXA Assistance USA. Elija su propio proveedor sin limitantes de una red con restricciones.**
- No períodos de espera.
- Beneficios de farmacia incluidos (Impulsado por Shield PBM, vea las características adicionales del plan).
- No copagos con el Cuidado de Asistencia Virtual 24/7 (Desarollado por Walmart Health, vea las características adicionales del plan)
- Provee cobertura médica mayor. Por favor, contacte a nuestro departamento de Servicios de Miembros para más detalles.

COSTO	Empleado	Empleado + Ninõ(s)	Empleado+Esposo(a)	Empleado+Familia
	$525.00*	$1050.00*	No Ofrecido	No Ofrecido

*La tarifa está sujeta a normas de suscripción. Se require un cuestionario de atención médica para revisión. Llame al numero para Servicios al Cliente antes de inscribirse en este plan.

PLAN DE CUMLIMIENTO MVP
ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Características del Plan de Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible (por cada año del plan)	$8,700 Individual $17,400 Familiar	No aplica
Como se indica en el plan, los costos compartidos del miembro para ciertos servicios están excluidos de los cargos para alcanzar el deducible. Una vez que se alcanza el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado su deducible por el resto del año del plan.		
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 $17,400 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.		
Pago por atención fuera de la red	No aplica	No aplica
Requisito de Referencia	No requerido	Requerido para imágenes hospitalarias y de diagnóstico

Servicios Médicos	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención de urgencia virtual Desarrollado por Walmart Health	Incluido	No aplica
Visitas al consultorio de no especialistas	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Visitas al consultorio de especialistas	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Visitas al consultorio de maternidad y postparto (visita de oficina)	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Salud mental / conductual (visita de oficina)	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Maternidad-Parto	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica

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 Incluye pruebas de rutina y tarifas de laboratorio relacionadas. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Exámenes de bienestar y vacunas para niños Limitado a 1 examen cada 12 meses. Las vacunas estarán sujetas a limitaciones de frecuencia apropiadas según la edad y el desarrollo determinadas por al ACIP.	Incluido	No aplica
Exámenes ginecológicos de rutina Incluye pruebas de rutina y costos de laboratorio relacionados. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Mamografías de rutina Para mujeres cubiertas de 40 años o más. Limitado a 1 examen cada 12 meses. Imágenes complejas no cubiertas.	Incluido	No aplica
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 aplica
Deteccion de cancer colorrectal Para todos los miembros mayores de 45 años. Limitado a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Exámenes de la vista de rutina (refracción) Para ninos cubiertos de 3 a 5 anos. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica
Prueba de COVID-19 Solo hisopo. Limitado 1 examen cada 12 meses.	Incluido	No aplica

PLAN MVP VALUE ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

continuación

Procedimientos de diagnóstico fuera del hospital	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Laboratorio de Diagnóstico Ambulatorio	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios excepto para servicios de imágenes complejos	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios para servicios de diagnostico por imagenes complejos Incluyendo, pero no limitado a, MRI, MRA, PET y CT Scans	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Procedimientos de diagnóstico basados en el hospital	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Laboratorio de Diagnóstico	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Radiografía de diagnóstico excepto para servicios de imágenes complejos	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Radiografía de diagnóstico para servicios de imagenes complejos Incluyendo, pero no limitado a, MRI, MRA, PET y CT Scans	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Atención médica de emergencia	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Proveedor de atención de urgencia	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Sala de emergencias	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Ambulancia de emergencia	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Ambulancia que no es de emergencia	Sin cubierto	No aplica
Otros Servicios y Detalles del Plan	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Atención hospitalaria	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Servicios de salud Mental y Abuso de Alcohol/Drogas aparte de la visita al consultorio	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Centro de enfermería especializada la coberta está limitada a 120 dias por año del plan	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Servicios de Terapia y Rehabilitación	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Equipo médico duradero	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Boca, mandibulas y dientes Procedimientos de cirugía oral, de naturaleza médica	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Planificación Familiar Cubierto solo para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente	100% del MAC después del deducilbe*	No aplica
Farmacia – Medicamentos Prescritos y beneficios de Descuento Proporcionado por Shield PBM	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Minorista (Suministro de hasta 30 días)		
Medicamento Genérico	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Medicina Especializada (Suministro de hasta 30 días) Incluye auto-inyectable, fármacos de infusión y orales, excluye insulina	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Entrega a Domicilio(suministro de relleno máximo de 31 a 90 días)		
Medicamentos Genéricos	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Medicamentos de Marca Preferida	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica
Medicamentos de Marca No Preferida	100% de MAC despues del deducilbe*	No aplica

La presente información está vigente, pero se encuentra sujeta a cambio. Para obtener las políticas completas y actualizadas, favor de visitar breckpoint.linked.exchange y registrarse en el portal. Portal de Reclamos: Para registrarse y ver el estado de sus reclamaciones, visite portal.breckpoint.com

***MAC o cantidad permitida:** 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. MAC o Cantidad permitida se usa indistintamente para referirse al cargo máximo permitido para todos los servicios del proveedor. Tenga en cuenta que los proveedores no están obligados a aceptar el Monto Permitido del Plan como pago total y pueden facturarle el saldo por el diferencia entre la Cantidad Permitida del Plan y los cargos facturados por el proveedor. Usted será responsable de este monto de la factura del saldo, que puede ser considerable. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o excluidos en virtud del Plan, así como de los deducibles, coseguros y/o copagos correspondientes.

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.

BENEFICIOS INCLUIDO

breckpoint®
LEAD TOGETHER

ATENCIÓN DE URGENCIAS VIRTUAL

powered by Walmart Health Virtual Care

La enfermedad no duerme. Obtenga la atención que necesita, cuando la necesita, ¡sin costo alguno para usted! Con los exámenes a pedido de Walmart Health, 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 ATENCIÓN MÉDICA DE DÍA O NOCHE

1 INICIAR SESIÓN EN WALMART HEALTH

Acceda a su cuenta de Walmart Health visitando **wmthealth.com/breckpoint** e ingresando **Código: MQ967N4T**

2 SOLICITA UN EXAMEN

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

3 HABLE CON UN PROVEEDOR Y OBTENGA TRATAMIENTO

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

855.636.3669 *www.memd.me/chat*

BENEFICIOS INCLUIDO

breckpoint®
LEAD TOGETHER

MEMBRESÍA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA MEJORADA

con formulario de medicamentos agudos

powered by SHIELD PBM

LA FORMA MÁS FÁCIL DE AHORRAR EN SUS MEDICAMENTOS

Enhanced Rx brinda acceso a una red de descuentos PBM completa y acceso adicional a ahorros en línea y a través del servicio de conserjería. El descuento también se puede usar en la farmacia local e incluye 95 medicamentos ACA y 37 medicamentos recetados comúnmente incluidos sin costo. ¡Visite Breckpointrx.com para comenzar!

1. PAGUE ANTES DE RECOGER

- Ahorre hasta un 25% más ANTES de ir al farmacia pagando por adelantado en breckpointrx.com.

2. ORDENE FOR CORREO

-Asegure las opciones de entrega a domicilio en línea con hasta un 50% de ahorro y disfrute de la recarga automática.

3. PRESENTE SU TARJETA RX

- En cualquier farmacia minorista y los costos de su bolsillo tienen grandes descuentos.

EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS AGUDOS SIN COSTO CUBRE MEDICAMENTOS COMO:

- **Amoxicillin**
- **Atorvastatin**
- **Azithromycin (Z-Pak)**
- **Bupropion**
- **Cholecalciferol**
- **Ciprofloxacin**
- **Hydrocortisone**
- **Junel**
- **Lovastatin**
- **Meclizine**
- **Naproxen**
- **Nonoxynol**
- **Prednisone**
- **Tamoxifen**
- **Tessalon**
- **Viorele**
- **¡Y más!**

Vea la lista completa en breckpointrx.com *855.798.2538*

BENEFICIOS INCLUIDO

breckpoint®
LEAD TOGETHER

EMPLOYEE CHOICE
PAQUETE DE PROTECCIÓN

AURA

GUARDIA DIGITAL COMPLETA

- Aura DigitalGuard protege a los empleados contra el robo de identidad, el fraude financiero y otros tipos de delitos en línea.
- Un Administrador de Casos dedicado está disponible 24/7/365 para resolver cualquier problema si surgen.
- Proporciona alertas de fraude casi en tiempo real y evita los delitos derivados del fraude.
- Mantiene seguras sus cuentas en línea, contraseñas e identidad.
- Protege su conexión a Internet y sus dispositivos.
- Ofrece asistencia personalizada y un seguro contra robo de identidad de 5 millones de dólares.
- Disponible para protección individual o familiar.

BIENESTAR FINANCIERO

- El bienestar financiero guía los empleados a través de los principales cambios financieros a los que se enfrentarán en la vida.
- Asesores Financieros acreditados o certificados están disponibles por teléfono para evaluar problemas, discutir opciones y ayudar a los empleados a determinar el mejor curso de acción para su situación.
- El Centro de Recursos ofrece una gran variedad de artículos revisados, vídeos, hojas de trabajo, listas de control y mucho más.

SERVICIOS LEGALES

- El bienestar financiero guía los empleados a través de los principales cambios financieros a los que se enfrentarán en la vida.
- Asesores Financieros acreditados o certificados están disponibles por teléfono para evaluar problemas, discutir opciones y ayudar a los empleados a determinar el mejor curso de acción para su situación.
- El Centro de Recursos ofrece una gran variedad de artículos revisados, vídeos, hojas de trabajo, listas de control y mucho más.

AHORROS PARA EL CUIDADO DE MASCOTAS

- Los empleados ahorran un 25% en servicios médicos internos con los veterinarios participantes.
- Los empleados ahorran un 25% en la mayoría de las compras de PetCareRx.com, incluyendo recetas, preventivos, juguetes y suministros.
- Las mascotas están a salvo con el servicio 24/7 Lost Pet Recovery Service, con placas de identificación para cada mascota inscrita.
- Busque un veterinareo en su area aquí.

COSTO SEMANAL	Empleado	Empleado	Empleado + Niño(s)	Empleado + Familia
	$3.69	$4.84	$4.84	$4.84

BENEFICIOS INCLUIDO

AURA DIGITALGUARD COMPLETO

Make the Internet a Safer Place

with Identity, Finance, and Device Protection

Alrededor de 15 millones de estadounidenses sufren identidad robada cada año

- Un empleado que trata de resolver un problema de robo de identidad por si solo, es probable que se vea agobiado por el estrés, incapaz de concentrarse en el trabajo, y tome más tiempo fuera del trabajo.

El robo de identidad puede tardar un promedio de 100 horas o más para resolverse

- Ayuda a reducir la gravedad de un fraude y proporciona servicios especializados para arreglar identidades robadas y mantener a los empleados seguros y productivos.

Al menos 20% de los empleados pasan mas de 5 horas en el trabajo pensando en sus factores de estrés.

- Los empleados pueden accesar fácilmente a los beneficios a traves de la aplicación móvil **My Benefits Work mobile app** y **MyBenefitsWork.com**

Cómo funciona Aura DigitalGuard

- Proteje a los empleados de robo de identidad, fraude financiero y otro tipo de delitos en línea.
- Un Gestador de Casos especializado esta disponible 24/7/365 para resolver cualquier problema que surja.
- Proporciona alertas de fraude casi en tiempo real y previene daños penales derivados del fraude.
- Mantiene sus cuentas en linea, contraseñas e identidad seguros.
- Proteje su conexión de internet y dispositivos.
- Ofrece asistencia personalizada y $5 millones en seguro de robo de identidad
- Protección individual o familiar disponible**

**El seguro de Robo de Identidad es emitido por compañías de seguros subsidiarias o afiliadas de American International Group, Inc. o Assurant. La descripción aquí contenida es un resumen y está destinada únicamente a fines informativos y no incluye todos los términos, condiciones y exclusiones de las pólizas descritas. Consulte los términos, condiciones y exclusiones de la cobertura en las pólizas correspondientes. La cobertura puede no estar disponible en todas las jurisdicciones.*

***Limitado a 10 cuentas adicionales para adultos.*

MyBenefitsWork.com

BENEFICIOS INCLUIDO

BIENESTAR FINANCIERO

Reduce Employee Stress
with Financial Advice

- Financial wellness has been defined as anything between financial security and financial freedom, including being debt free or having enough savings to handle unexpected expenses
- Easy access to expert guidance and advice can help employees manage their financial burdens and improve their productivity
- Employees can access the benefit through the **My Benefits Work mobile app** and **MyBenefitsWorks.com**

Uno de cada tres empleados admiten que son menos productivos en el trabajo debido al estrés financiero.

Las finanzas personales son la causa número uno de estrés entre todos los sectores demográficos

Los empleadores pierden medio millón de dólares al año por el estrés financiero.

Cómo funciona el bienestar financiero

- El bienestar financiero ayuda a los empleados a afrontar los principales cambios financieros que se les presentan a lo largo de la vida, desde el pago de los estudios universitarios hasta la compra de una vivienda o la pérdida de un cónyuge.
- Los asesores financieros acreditados o certificados son accesibles por teléfono para evaluar los problemas, discutir las opciones y ayudar a los empleados a determinar el mejor curso de acción para su situación.
- El Centro de Recursos Financieros en Línea hace el trabajo pesado de investigación, proporcionando una variedad de artículos, vídeos, hojas de trabajo, listas de comprobación y mucho más para guiar al empleado en su viaje hacia el bienestar financiero.

El Bienestar Financiero no provee consejos legales, de impuestos or para invertir.

BENEFICIOS INCLUIDO

SERVICIOS LEGALES

Reduce Employee Stress
with Free and Discounted Legal Services

- Facilitar el acceso a servicios jurídicos con descuento para garantizar que los empleados reciban la ayuda que necesitan más rápidamente y a menor costo.
- El acceso rápido y económico para asistencia legal ayuda a reducir el estrés de los empleados, aumenta la productividad y mejorar la moral
- Los empleados pueden accesar a los beneficios a través de la aplicación móvil **My Benefits Work mobile app** y **MyBenefitsWork.com**

7 de 10 hogares enfrentan un problema legal cada año.

Los empleados que no tiene un abogado son 3 veces más propensos a utilizar el tiempo de trabajo para arreglar sus problemas legales.

El 71% de los empleados que se enfrentan a problemas legales están estresados por no no saben a quién dirigirse

¿Cómo funcionan los servicios Legales?

- Los abogados ayudan con multas de tráfico, bancarrota, divorcio, manutención del cónyuge y de los hijos.
- Los servicios gratuitos* incluyen consultas individuales, llamadas telefónicas a cargo de un abogado, ayuda con documentos legales, asistencia con la asistencia social y el INS, representación en tribunales de pequeñas reclamaciones y un testamento simple y vital.
- Los abogado solo cobran $125 la hora o un 40% de descuento sobre su tarifa por hora, lo que sea mayor.
- Los miembros reciben un 10% de descuento en todos los casos de contingencia
- *Los miembros son remitidos a los abogados del plan en base a ubicación, idioma y área jurídica*

En ciertas situaciones, la responsabilidad de los abogados puede requerir que los abogados del plan soliciten un anticipo antes de proporcionar algunos de los servicios legales gratuitos.

BENEFICIOS INCLUIDO

CUIDADO DE MASCOTAS

- Los empleados pueden mantener a sus mascotas felices y sanas con descuentos en servicios veterinarios medicamentos con receta, juguetes, golosinas y mucho más.
- El bienestar de una mascota tiene un positivo impacto en el bienestar mental, por lo que el cuidado de mascotas puede ayudar a los empleados a ser más felices, sanos y productivos en el trabajo.
- Los empleados pueden acceder a la prestación a través de la aplicación móvil **My Benefits Work mobile app** y **MyBenefitsWork.com**

Los empleados ahorran un 25% en servicios veterinarios y recetas

El 68% de los hogares tienen al menos una mascota

El gasto en animales de compañía supera los 72.000 millones de dólares al año

Cómo funciona el cuidado de mascotas

- Los empleados ahorran un 25% en todos los servicios médicos internos en los veterinarios participantes
- Los empleados se llevan un 25% de descuento en la mayoría de las compras de PetCareRx.com, incluyendo recetas, preventivos, juguetes y suministros
- Las mascotas se mantienen a salvo con el Servicio de Recuperación de Mascotas Perdidas 24/7 con placas de identificación para cada mascota inscrita.
- Los dueños de mascotas disfrutan de un 35% de descuento mensual en la suscripción a Pin Paws con GPS y sistema de notificación de mascotas perdidas

FORMATO DE REGISTRO

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

Favor de llenar el presente Formato de Registro y regresario al Departmento de Recursos Humanos de la empresa para la trabaja

Nombre:		Teléfono:
No. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ Masculin ☐ Femenino
Correo:		Apt. #:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de Contratación:	no de idetificación de empleado:	

B. SELECCIONE SU OPCIÓN

Tarifas deducidas de nómina: seleccione el nivel de cada producto en el que desea inscribirse.

☐ MEC PLAN	COSTO SEMANAL
☐ Empleado	$11.54
☐ Empleado + Hijo(s)	$16.62
☐ Empleado + Esposo(a)	$16.62
☐ Empleado + Familia	$21.69

☐ PRO PLAN	COSTO SEMANAL
☐ Empleado	$14.08
☐ Empleado + Hijo(s)	$21.21
☐ Empleado + Esposo(a)	$21.95
☐ Empleado + Familia	$29.08

COMPLIANCE MVP

Llame al 1.844.300.6497 para registrarse.

C. SELECCIÓN DEL AN DE BENEFICIOS AUXILIARES

Tarifas deducidas de nómina: seleccione el nivel de cada producto en el que desea inscribirse.

☐ PROTECTION PACK	COSTO SEMANAL
☐ Empleado	$3.69
☐ Empleado + Hijo(s)	$4.84
☐ Empleado + Esposo(a	$4.84
☐ Empleado + Familia	$4.84

D. INFORMACIÓN DEPENDIENTE REQUERI

Nombre	No. de Segura Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación
			☐ M ☐ F	☐ Spouse ☐ Child ☐ Domestic Partner
			☐ M ☐ F	☐ Spouse ☐ Child ☐ Domestic Partner
			☐ M ☐ F	☐ Spouse ☐ Child ☐ Domestic Partner
			☐ M ☐ F	☐ Spouse ☐ Child ☐ Domestic Partner
			☐ M ☐ F	☐ Spouse ☐ Child ☐ Domestic Partner

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

RECONOCIMIENTO Y
RENUNCIA VOLUNTARIA

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

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

☐ Acepto las opciones de cobertura seleccionadas

Fecha:	Firma:

F. FIRMA REQUERIDA DEBE firmar y fechar si desea rechazar la cobertura.

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

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

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

Fecha:	Firma:

breckpoint®

8918 Spanish Ridge Ave. Suite 200, Las Vegas, NV 89148

1.844.657.1575 | www.breckpoint.com