



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con Moda Health en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com) o llamar a 1-844-274-9117. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-844-274-9117 para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|---|---|---|
| <p>¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?</p>   | <p>Nivel 1: \$500 individuo / \$1,000 familia<br/>                     Nivel 2: \$1,500 individuo / \$3,000 familia<br/>                     Nivel 3: \$4,500 individuo / \$9,000 familia</p>   | <p>En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a>, cada miembro debe cumplir con su <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia cumple con el <a href="#">deducible</a> general familiar.</p>  |
| <p>¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a>?</p>                   | <p>Sí. Nivel 1 y Nivel 2: <a href="#">atención preventiva</a>, atención primaria, <a href="#">especialista</a>, <a href="#">atención de urgencia</a>, visitas virtual, visitas al consultorio para pacientes ambulatorios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias, rehabilitación y habilitación ambulatoria, y los servicios de chequeo dental para niños están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a>.<br/>                     Para todos los Niveles: los medicamentos recetados de valor, selectos y preferido, examen de la vista y anteojos para niños, examen de la vista y anteojos para adultos, y los servicios de aparatos auditivos están cubiertos antes de cumplir su <a href="#">deducible</a>.</p> | <p>Este <a href="#">plan</a> cubre algunas productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a>. Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a>. Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a>. Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>.</p> |
| <p>¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?</p>                          | <p>No.</p>  | <p>No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.</p>  |
| <p>¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a>?</p> | <p>Nivel 1: \$1,500 individuo / \$3,000 familia<br/>                     Nivel 2: \$2,700 individuo / \$5,400 familia<br/>                     Nivel 3: \$8,100 individuo / \$16,200 familia</p>  | <p>El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a>, tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que se cumple el <a href="#">límite de desembolso</a> general familiar.</p>   |
| <p>¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>?</p>        | <p><a href="#">Primas</a>, cargos de <a href="#">facturación del saldo</a>, sanciones por no obtener la <a href="#">autorización previa</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.</p>   | <p>Aunque pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a>.</p>   |

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> visite <a href="http://www.modahealth.com">www.modahealth.com</a> o llame al 1-844-274-9117. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> en Nivel 1. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor</a> en Nivel 2. Pagará mucho más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .   |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted paga   |   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|--|---|
|  |   | Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)  | Nivel 2 Proveedor   | Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo) |   |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$5 <a href="#">copago</a> /primeras 2 visitas por año (combinado con MH/SUD), luego \$10 <a href="#">copago</a> /visita \$5 <a href="#">copago</a> /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica                         | 40% <a href="#">coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Primeras 2 visitas combinadas con atención virtual, salud mental o visitas al consultorio de trastorno por uso de sustancias.<br><br>Incluye visitas al consultorio de naturópatas.   |
|  | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$10 <a href="#">copago</a> /visita para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal, \$5 <a href="#">copago</a> /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; \$45 <a href="#">copago</a> para otros servicios; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 40% <a href="#">coseguro</a> para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal<br><br>40% <a href="#">coseguro</a> para otros servicios; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Incluye visitas al consultorio de acupunturistas y quiroprácticos. Los servicios de aparatos auditivos están cubiertos al 20% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica. La manipulación espinal, la terapia de masaje y la acupuntura están limitadas a 24 visitas por año. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com)

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga  |  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|--|--|--|
|   |  | Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)   | Nivel 2 Proveedor  | Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)                 |  |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>  | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>  | Sin cargo  | Sin cargo  | 50% <a href="#">coseguro</a>                               | Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará.   |
| <b>Si se realiza un examen</b>  | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)   | 30% <a href="#">coseguro</a>   | 40% <a href="#">coseguro</a>   | 60% <a href="#">coseguro</a>                               | Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño.  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% <a href="#">coseguro</a>   | 40% <a href="#">coseguro</a>   | 60% <a href="#">coseguro</a>                               | Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.modahealth.com/pdl">www.modahealth.com/pdl</a> | Nivel de valor   | \$2 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica  | \$2 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica  | \$2 <a href="#">copago/receta deducible</a> no se aplica   | Cubre hasta un suministro de 90 días para recetas médicas minoristas y por correo. Un <a href="#">copago</a> por cada suministro de 30-días. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> .<br><br>Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . Farmacia designada por Moda solamente.<br><br><a href="#">Costo compartido</a> para medicamentos contra el cáncer es 30% <a href="#">coseguro</a> para el Nivel 1, 40% <a href="#">coseguro</a> para el Nivel 2, y 60% <a href="#">coseguro</a> para el Nivel 3. |
|   | Medicamentos genéricos (Nivel selectos)  | \$20 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica   | \$20 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica   | \$20 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica |  |
|   | Nivel de medicamentos de marca preferida   | \$60 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica   | \$60 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica   | \$60 <a href="#">copago/receta, deducible</a> no se aplica |  |
|   | Nivel de medicamentos de marca no preferidos   | 50% <a href="#">coseguro</a>   | 50% <a href="#">coseguro</a>   | 50% <a href="#">coseguro</a>                               |  |
|   | <a href="#">Nivel de especialidad</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a> preferido prescripción especialidad, 50% <a href="#">coseguro</a> de prescripción especialidad no preferido | 40% <a href="#">coseguro</a> preferido prescripción especialidad, 50% <a href="#">coseguro</a> de prescripción especialidad no preferido | No se cubren   |  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com)

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted paga   |   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|---|---|--|--|
|  |   | Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)  | Nivel 2 Proveedor   | Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo) |  |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria  | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>               |  |
| Si necesita atención médica inmediata  | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 30% <a href="#">coseguro</a>               | Nivel 1 <a href="#">deducible</a> y <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> se aplican.  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 30% <a href="#">coseguro</a>               | El transporte comercial se limita a un solo sentido para una condición médica repentina, potencialmente mortal. Nivel 1 <a href="#">deducible</a> y <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> se aplican.  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$45 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio<br>\$5 <a href="#">copago</a> /visitas atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 40% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Ninguno  |
| Si necesita hospitalización  | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>               |  |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                     | \$5 <a href="#">copago</a> /primeras 2 visitas por año (combinado con PCP), luego \$10 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio<br>\$5 <a href="#">copago</a> /visitas atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 40% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Primeras 2 visitas combinadas con atención virtual y visitas al consultorio del PCP.<br><br>Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas limitadas a 12 horas al año. Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para algunos servicios de salud conductual ambulatoria. Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>               | Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para pacientes hospitalizados y residenciales. Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com)

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted paga   |   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|---|---|
|  |   | Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)  | Nivel 2 Proveedor   | Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)  |   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio  | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  |   | <a href="#">Costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según del tipo de servicios, un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> se puede aplicar. Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en el SBC (es decir, ultrasonido).                             |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto           | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>  |   |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto           | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>  |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>  | Máximo de 130 visitas por año calendario.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | \$45 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica.<br>30% <a href="#">coseguro</a> paciente hospitalizado | 40% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica a servicios ambulatorios.                             | 60% <a href="#">coseguro</a>  | Máximo por año calendario de 30 días para paciente hospitalizado y 45 sesiones para rehabilitación y habilitación ambulatorios. Los límites se aplican por separado a los servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | \$45 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica.<br>30% <a href="#">coseguro</a> paciente hospitalizado | 40% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica a servicios ambulatorios.                             | 60% <a href="#">coseguro</a>  |   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>  | Máximo de 60 días por año calendario.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 30% <a href="#">coseguro</a><br>20% <a href="#">coseguro</a> por aparatos auditivos, <a href="#">deducible</a> no se aplica                     | 40% <a href="#">coseguro</a><br>20% <a href="#">coseguro</a> por aparatos auditivos, <a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coseguro</a><br>20% <a href="#">coseguro</a> por aparatos auditivos, <a href="#">deducible</a> no se aplica | Incluye suministros y prótesis. Los límites de frecuencia se aplican a algunos DME. Los aparatos auditivos están sujetos a un límite de \$3,000 por período de 3 años. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.   |
|  | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 30% <a href="#">coseguro</a>  | 40% <a href="#">coseguro</a>  | 60% <a href="#">coseguro</a>  | Máximo de por vida de 10 días para pacientes hospitalizados y 240 horas de atención de relevo.  |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargo   | Sin cargo   | 50% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Limitado a un examen de vista por año calendario. Examen adicional por Nivel 1 o Nivel 2 de detección preventivo para niños de 3 a 5 años sin <a href="#">costo compartido</a> . Examen de vista es cubierto para edad de 19 años o más a \$10 de <a href="#">copago</a> para el Nivel 1 y el Nivel 2, <a href="#">deducible</a> no se aplica.                      |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com)

| Circunstancia médica común                           | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga   |   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--------------------------------|---|---|---|--|
|  |                                | Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)  | Nivel 2 Proveedor   | Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)                            |  |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Anteojos para niños            | Sin cargo   | Sin cargo   | 50% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica | Se cubre un par de gafas con monturas de la colección Otis y Piper Eyewear por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. Para mayores de 19 años, consulte el manual para miembros por el <a href="#">costo compartido</a> de la visión y límites. |
|  | Control dental para niños      | Sin cargo por servicios preventivos y diagnósticos, 10% <a href="#">coseguro</a> para servicios dentales básicos, 40% <a href="#">coseguro</a> para servicios dentales importantes, 50% <a href="#">coseguro</a> para la ortodoncia | Sin cargo por servicios preventivos y diagnósticos, 10% <a href="#">coseguro</a> para servicios dentales básicos, 40% <a href="#">coseguro</a> para servicios dentales importantes, 50% <a href="#">coseguro</a> para la ortodoncia | 60% <a href="#">coseguro</a>  | Para miembros menores de 19 años. Los límites de frecuencia se aplican a algunos servicios.  |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b> |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Sustancias naturistas</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado rutinario de podología</li> <li>• Programas de adelgazamiento</li> </ul> |
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Aborto</li> <li>• Acupuntura</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctic</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos auditivos</li> <li>• Cuidado rutinario ocular (Adultos)</li> </ul>                                    |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o <http://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, o la División de Seguros de Alaska al 1-800-467-8725 o <http://www.commerce.state.ak.us/ins/Insurance/consumer.html>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com)

**Sus derechos a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Moda Health al 1-844-274-9117 o la División de Seguros de Alaska al <http://www.commerce.state.ak.us/ins/Insurance/consumer.html> o 1-800-467-8725.

### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No corresponde.**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### **Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 888-786-7461

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-873-1395

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码888-873-1395

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888-873-1395

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Este no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$45  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$500   |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$0     |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$1,000 |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$50 |
|-----------------------|------|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,550</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro la red de una condición bien controlada)

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$45  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$400   |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$1,100 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$0     |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Joe pagaría sería</b> | <b>\$1,520</b> |
|---------------------------------------|----------------|

### Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$45  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$500 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$200 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$600 |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Mia pagaría sería</b> | <b>\$1,300</b> |
|---------------------------------------|----------------|

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.



# Nondiscrimination notice

**We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.**

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

---

## **If you need any of the above, call:**

**Medicare Customer Service,**  
877-299-9062 (TDD/TTY 711)

**Medicaid Customer Service,**  
888-788-9821 (TDD/TTY 711)

**Customer Service for all other plans,**  
888-217-2363 (TDD/TTY 711)

## **If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.**

**Please mail or fax it to:**

Moda Partners, Inc.  
Attention: Appeal Unit  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
Fax: 503-412-4003

## **If you need help filing a complaint, please call Customer Service.**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), or by mail or phone:

U.S. Department of Health  
and Human Services  
200 Independence Ave. SW, Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## **Scott White coordinates our nondiscrimination work:**

Scott White,  
Compliance Officer  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
855-232-9111  
[compliance@modahealth.com](mailto:compliance@modahealth.com)

[modahealth.com](http://modahealth.com)