



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 o llamar a 1-844-274-9117. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-844-274-9117 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores en la red \$2,900 individuo / \$5,800 por familia. proveedores fuera de la red \$16,530 individuo / \$33,060 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con su deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumple con el deducible general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Por ejemplo: Visitas al consultorio dentro de la red para atención primaria, atención especializada y de urgencia , visitas de atención virtual, la mayoría de atención preventiva , visitas al consultorio ambulatorios de salud conductual, servicios ambulatorios para rehabilitación y servicios de habilitación ambulatoria, servicios de chequeo de dentales para niños, dentro y fuera de la red la mayoría de los medicamentos recetados, dentro y fuera de la red exámenes de la vista y anteojos para niños, exámenes de la vista para adultos y servicios de audición están cubiertos antes de que su deducible .	Este plan cubre algunas productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores en la red \$9,000 individuo / \$18,000 familia. Prevedores fuera de la red \$27,000 individuo / \$54,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se cumple el límite de desembolso general familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo gastos incurridos por sustitución de marca, sanciones por no obtener la preautorización y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&selectedNetwork=Moda%20Select o llame al 1-844-274-9117 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 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 pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$40 copago /visita deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$40 copago /visita para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal y visita virtual CirrusMD \$80 copago para otros servicios; deducible no se aplica	60% coaseguro	Visitas al consultorio de médicos naturópatas, acupunturistas, y quiroprácticos son visitas especializadas . Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$40 copago /visita, deducible no se aplica o 40% coseguro para los servicios restantes.	60% coaseguro	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% coseguro	60% coseguro	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)	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización 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](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.modahealth.com/pdl	Nivel de valor	\$20 copago /receta minorista, \$60 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$20 copago /receta minorista; deducible no se aplica	Se puede necesitar una preautorización .
	Nivel selectos	\$20 copago /receta minorista, \$60 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$20 copago /receta minorista; deducible no se aplica	Cubre hasta un suministro de 90 días para recetas médicas minoristas y por correo. Un copago por cada suministro de 30-días.
	Nivel preferido	\$40 copago /receta minorista, \$120 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$40 copago /receta minorista; deducible no se aplica	Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Farmacia designada por Moda solamente.
	Nivel no preferido	\$80 copago /receta minorista, \$240 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$80 copago /receta minorista	Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es \$350 copago o 40% coseguro , lo que sea menor.
	Medicamentos de especialidad	\$350 copago /receta	No se cubren	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	40% coseguro	60% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% coseguro	40% coseguro	Se aplica el deducible y límite a los gastos directos del bolsillo .
	Transporte médico de emergencia	40% coseguro	40% coseguro	El transporte comercial se limita a un solo sentido para una condición médica repentina, potencialmente mortal. Se aplica el deducible y límite a los gastos directos del bolsillo .
	Atención de urgencia	\$60 copago /visita al consultorio \$40 copago /visitas atención virtual y visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	40% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$40 copago /visita y visita ambulatorias intensiva, visitas atención virtual y visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica. 40% coseguro por otros servicios ambulatorios	60% coseguro	Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas limitadas a 12 horas al año. Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$80 copago /visita, deducible no se aplica	60% coseguro	Costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, un copago , coseguro o deducible 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	40% coseguro	60% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% coseguro	60% coseguro	Máximo de 130 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	\$40 copago /visita ambulatoria, deducible no se aplica. 40% coseguro por paciente hospitalizado.	60% coseguro	Máximo por año calendario de 30 días para paciente hospitalizado para rehabilitación 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 preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios de habilitación	\$40 copago /visita ambulatoria, deducible no se aplica. No está cubierto para paciente hospitalizado.	60% coseguro para ambulatorio, no está cubierto para paciente hospitalizado	
	Atención de enfermería especializada	40% coseguro	60% coseguro	Máximo de 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	40% coseguro 20% coseguro por aparatos auditivos, deducible no se aplica	60% coseguro 20% coseguro por aparatos auditivos, deducible no se aplica	Incluye suministros y prótesis. Los límites de frecuencia se aplican a algunos equipo médico duradero (DME). Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% coseguro	60% coseguro	Máximo de por vida de 10 días para pacientes hospitalizados y 240 horas de atención de relevo.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	50% coseguro , deducible no se aplica	Limitado a 1 por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	50% coseguro , deducible no se aplica	Cobertura es limitado a 1 par de anteojos 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 costo compartido de la visión y límites.
	Control dental para niños	Sin cargo	60% coseguro	Para miembros menores de 19 años. Los límites de frecuencia se aplican a algunos servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Suministros naturistas
- Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de podología, excepto para la diabetes
- Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura, limitado hasta 24 visitas por año calendario
- Atención quiroprácticos, limitado hasta 24 visitas por año calendario
- Aparatos auditivos, limitado a uno aparato auditivo por oído cada tres años
- Cuidado rutinario ocular (Adultos), limitado a un examen de vista por año

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 o llame al 1-800-318-2596.

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): Dinekehgo 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:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede 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 una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,900
- [Especialistas copago](#) \$80
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 40%
- Otros [coseguro](#) 40%

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)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,900
Copagos	\$10*
Coseguro	\$3,900*
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$6,860*

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,900
- [Especialistas copago](#) \$80
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 40%
- Otros [coseguro](#) 40%

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)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$400
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,920

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,900
- [Especialistas copago](#) \$80
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 40%
- Otros [coseguro](#) 40%

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)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,300
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,600

*Nota: Estos números asumen una carga global. Si tu proveedor factura cada servicio por separado, estas cantidades pueden ser diferentes.