



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 de 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 al 1-844-274-9117 para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | Para <a href="#">proveedores en la red</a> \$800 individuo / \$1,600 por familia. <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$2,400 individuo / \$4,800 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Por ejemplo: Visitas al consultorio dentro de la red para atención primaria, atención <a href="#">especializada</a> y de <a href="#">urgencia</a> , visitas de atención virtual, la mayoría de <a href="#">atención preventiva</a> , visitas al consultorio ambulatorios de salud conductual, servicios ambulatorios para <a href="#">rehabilitación</a> y servicios de <a href="#">habilitación</a> ambulatoria, servicios de chequeo de dentales para niños, dentro y fuera de la <a href="#">red</a> la mayoría de los medicamentos recetados, dentro y fuera de la <a href="#">red</a> exámenes de la vista y anteojos para niños, exámenes de la vista para adultos y servicios de audición están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> . | 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> .                                                                                                                             |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores en la red</a> \$3,600 individuo / \$7,200 familia. <a href="#">Prevedores fuera de la red</a> \$10,800 individuo / \$21,600 familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación del saldo</a> gastos incurridos por sustitución de marca, sanciones por no obtener la <a href="#">preautorización</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aunque pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                    | Sí. Vea <a href="https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&amp;selectedNetwork=Moda%20Select">https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&amp;selectedNetwork=Moda%20Select</a> o llame al 1-844-274-9117 para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará 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. |

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas | Por qué es importante:                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿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 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 <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                               | \$20 <a href="#">copago</a> /visita <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                             | 60% <a href="#">coseguro</a>                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                | \$20 <a href="#">copago</a> /visita para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal y visita virtual CirrusMD<br>\$40 <a href="#">copago</a> para otros servicios;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coaseguro</a>                      | Visitas al consultorio de médicos naturópatas, acupunturistas, y quiroprácticos son visitas <a href="#">especializadas</a> . Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                     | Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$20 <a href="#">copago</a> /visita, <a href="#">deducible</a> no se aplica o 30% <a href="#">coseguro</a> para los servicios restantes.                                   | 60% <a href="#">coaseguro</a>                      | Puede que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . 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.                   |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                  | 30% <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>                                                                                                                                                                                           | 60% <a href="#">coseguro</a>                       | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> 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)                                    |                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>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                                            | \$10 <a href="#">copago</a> /receta minorista, \$30 <a href="#">copago</a> /90-días de minorista y pedido por correo recetados; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | \$10 <a href="#">copago</a> /receta minorista; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> .                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel selectos                                            | \$10 <a href="#">copago</a> /receta minorista, \$30 <a href="#">copago</a> /90-días de minorista y pedido por correo recetados; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | \$10 <a href="#">copago</a> /receta minorista; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Cubre hasta un suministro de 90 días para recetas médicas minoristas y por correo.<br><br>Un <a href="#">copago</a> por cada suministro de 30-días.                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel preferido                                           | \$20 <a href="#">copago</a> /receta minorista, \$60 <a href="#">copago</a> /90-días de minorista y pedido por correo recetados; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | \$20 <a href="#">copago</a> /receta minorista; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente.<br><br>Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Farmacia designada por Moda solamente.                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel no preferido                                        | \$60 <a href="#">copago</a> /receta minorista, \$180 <a href="#">copago</a> /90-días de minorista y pedido por correo recetados; <a href="#">deducible</a> no se aplica     | \$60 <a href="#">copago</a> /receta minorista                                         | <a href="#">Costo compartido</a> para medicamentos contra el cáncer es \$250 <a href="#">copago</a> o 30% <a href="#">coseguro</a> , lo que sea menor.                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | \$250 <a href="#">copago</a> /receta                                                                                                                                        | No se cubren                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                 | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                          | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Tarifas del médico/cirujano                               | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                          | Se aplica el <a href="#">deducible</a> y <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> .                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Transporte médico de emergencia</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.<br>Se aplica el <a href="#">deducible</a> y <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$30 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio, \$20 <a href="#">copago</a> /visitas atención virtual y visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                          | Ninguno                                                                                                                                                                                                                 |

\* 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 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)                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                         | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                      | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                            | Tarifas del médico/cirujano                           | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                      | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios para pacientes ambulatorios                 | \$20 <a href="#">copago</a> /visita y visita ambulatorias intensiva, visitas atención virtual y visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica.<br>30% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios ambulatorios | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas limitadas a 12 horas al año. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.                                                                                                                                                                              |
|                                                                                            | Servicios para pacientes hospitalizados               | 30% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                      | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                | \$40 <a href="#">copago</a> /visita, <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                       | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | <a href="#">Costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el 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>                                                                                                                                                                                                      | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% <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>                                                                                                                                                                                                      | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | Máximo de 130 visitas por año calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | \$20 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica.<br>30% <a href="#">coseguro</a> por paciente hospitalizado.                                                                              | 60% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                    | 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 <a href="#">preautorización</a> para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | \$20 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica.<br>No está cubierto para paciente hospitalizado.                                                                                         | 60% <a href="#">coseguro</a> para ambulatorio, no está cubierto para paciente hospitalizado                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>  | 30% <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><br>20% <a href="#">coseguro</a> por aparatos auditivos, <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                   | 60% <a href="#">coseguro</a><br><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 <a href="#">equipo médico duradero</a> (DME). Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</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 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 | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 30% <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.                                                                                                                                                                    |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargo                                           | 50% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica | Limitado a 1 por año.                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | Anteojos para niños                                             | Sin cargo                                           | 50% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> 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% <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:

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](http://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](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 30%
- Otros [coseguro](#) 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)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$800           |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0*            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$2,800*        |
| Lo que no está cubierto            |                 |
| Límites o exclusiones              | \$50            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,650*</b> |

### 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](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 30%
- Otros [coseguro](#) 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)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$400          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,420</b> |

### Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 30%
- Otros [coseguro](#) 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)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$800          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$100          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$500          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mía pagaría es</b> | <b>\$1,400</b> |

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