



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 1-844-931-1775. 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 o llamar a 1-844-931-1775 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulta la tabla de circunstancia médica común a continuación para obtener los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunos 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 ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límites de gastos de sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límites de gastos de sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red visite https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&selectedNetwork=Moda%20Select o llame al 1-844-931-1775.	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.
¿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 paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	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	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Consulta con un especialista	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Las visitas al consultorio de naturópatas y de quiroprácticos se consideran visitas especialista .
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivas. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivas. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 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 paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	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 https://www.modahealth.com/pdl	Nivel de valor	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización .
	Nivel selectos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista); un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes). Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health o farmacias que aceptan seguir nuestros términos para farmacias de pedidos por correo.
	Nivel preferido	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados.
	Nivel no preferido	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 0%.
	Nivel de medicamentos especializados	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	El plan permite hasta \$ 2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	

* 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 paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según del 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	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	20 sesiones por año. Los límites se aplican por separado a la rehabilitación y la habilitación. El plan permite hasta \$ 2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Limitado a 30 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Incluye suministros y prótesis. Los límites de frecuencia se aplican a algunos equipo médico duradero (DME) . Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se puede necesitar una preautorización para evitar una multa del 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 paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Limitado a un examen de vista por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. Adicional examen preventivo de la vista dentro de la red para niños de 3 a 5 años sin costo compartido .
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cobertura es limitado para un par de anteojos por año calendario para niños antes de los 19 años.
	Control dental para niños	No se cubren	No se cubren	No se cubren	Ninguno

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](#)).

- El Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética (excepto cuando sea necesario para ciertas situaciones)
- 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
- 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](#)).

- Atención quiropráctic, limitado hasta 18 visitas por año
- Aparatos auditivo, limitado a uno aparato auditivo por oído cada tres años para ciertos dependientes
- Cuidado rutinario ocular (Adultos), limitado a un examen de vista por año

Su derecho 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 estas 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>, el Departamento de Seguros de Idaho, 1-800-721-3272 o <https://doi.idaho.gov>, o comuníquese con Moda Health a 1-844-931-1775. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre Su Salud Idaho, visite www.yourhealthidaho.org o llame a 1-855-944-3246.

Su derecho a presentar una queja o 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 más información sobre sus derechos, sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: Moda Health a 1-844-931-1775 o el Departamento de Seguros de Idaho a <https://doi.idaho.gov>.

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

¿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.

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

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 deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	0%

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	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$50

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	0%

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	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría sería	\$20

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	0%

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, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$0

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