



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?	Para proveedores en la red \$6,400 individuo / \$12,800 familia. Provedores fuera de la red \$12,800 individuo / \$25,600 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. Ejemplos de algunos servicios: Visitas a consulta dentro de la red para atención preventiva , atención primaria, especialista y atención de urgencia , visitas virtuales, visitas al consultorio ambulatorios de salud conductual, rehabilitación y habilitación ambulatorias, así como dentro y fuera de la red la mayoría de los servicios de la vista para niños y exámenes de la vista para adultos y algunos medicamentos recetados están cubiertos antes de cumplir 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 \$8,500 individuo / \$17,000 familia. Provedores fuera de la red \$85,000 individuo / \$170,000 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	



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 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	\$25 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno.
	Consulta con un especialista	\$70 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Las visitas al consultorio de naturópatas y de quiroprácticos se consideran visitas especialista .
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$25 copago /visita, deducible no se aplica o 35% coseguro para los servicios restantes.	60% coseguro	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)	35% coseguro	60% coseguro	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Es posible que se requiera 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)	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera 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 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	\$10 copago /receta minorista, \$30 copago /90-días de minorista y pedido por correo; deducible no se aplica	\$10 copago / receta minorista, \$30 copago /90-días de pedido por correo; deducible no se aplica	Se puede necesitar una preautorización . Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista) y un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes). Un copago por cada suministro de 30-días. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health o farmacias que aceptan seguir nuestros términos para farmacias de venta por correo. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 35% coseguro
	Nivel selectos	\$20 copago /receta minorista, \$60 copago /90-días de minorista y pedido por correo; deducible no se aplica	\$20 copago / receta minorista, \$60 copago /90-días de pedido por correo; deducible no se aplica	
	Nivel preferido	40% coseguro , deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	
	Nivel no preferido	50% coseguro	50% coseguro	
	Nivel de medicamentos especializados	45% coseguro por preferido 50% coseguro por no preferido	45% coseguro por preferido 50% coseguro por no preferido	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	35% coseguro	35% coseguro se aplica el deducible dentro de la red	Ninguno.
	Transporte médico de emergencia	35% coseguro	35% coseguro se aplica el deducible dentro de la red	Ninguno.
	Atención de urgencia	\$70 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno.

* 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 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)	35% coseguro	60% coseguro	El plan permite hasta \$2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 copago /visita al consultorio y visitas ambulatorias intensivos, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica. 35% coseguro para otros servicios ambulatorios.	60% coseguro	Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	60% coseguro	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	35% coseguro	60% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	35% coseguro	60% coseguro	Ninguno.
	Servicios de rehabilitación	\$70 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado.	60% coseguro	20 sesiones por año. Los límites se aplican por separado a los servicios de rehabilitación y habilitación. El plan permite hasta \$2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios de habilitación	\$70 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado.	60% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	35% coseguro	60% coseguro	Limitado a 30 días por año calendario.

* 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 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	Equipo médico duradero	35% coseguro	60% coseguro	Incluye suministros y próstéticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos equipo médico duradero (DME). Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una preautorización para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	60% coseguro , deducible no se aplica	Limitado por año calendario a un examen de la visión para niños antes de los 19 años. Adicional examen preventiva de la vista dentro de la red para niños de 3 a 5 años sin costo compartido .
	Anteojos para niños	Sin cargo	60% coseguro , deducible no se aplica	Cobertura es limitado a un par de anteojos por año calendario para niños antes de los 19 años.
	Control dental para niños	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 cuando la vida de la madre esta en riesgo or el embarazo es el resultado de una violación or incesto) - Acupuntura - Cirugía bariátrica	- Cirugía estética (excepto como requerido 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 auditivos, limitado a uno aparato auditivo por oído cada tres años para ciertos dependientes	Cuidado rutinario ocular (Adultos), limitado a un examen de la vista por año

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

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>.

¿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](#) podría 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	\$6,400
■ Especialista copago	\$70
■ Hospital (establecimiento) coseguro	35%
■ Otro coseguro	35%

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	\$6,400
Copagos	\$0*
Coseguro	\$1,600*
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$8,050

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	\$6,400
■ Especialista copago	\$70
■ Hospital (establecimiento) coseguro	35%
■ Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)