



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 1-888-217-2363. 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 1-888-217-2363 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> \$2,500 individuo / \$5,000 por familia. No se cubren <a href="#">proveedores fuera de la red</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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, dentro y fuera de la <a href="#">red</a> la mayoría de los medicamentos recetados, dentro la <a href="#">red</a> exámenes de vista rutinarios 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> \$9,000 individuo / \$18,000 familia. No se cubren <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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. Para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> visite <a href="http://www.modahealth.com">www.modahealth.com</a> o llame al 1-888-217-2363.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                                | \$15 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio, \$10 <a href="#">copago</a> /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                    | No se cubren                                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | \$70 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio, \$15 <a href="#">copago</a> /visita para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal, \$10 <a href="#">copago</a> /visita de atención virtual, sin cargo por visita virtual CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No se cubren                                       | Visitas al consultorio de médicos naturópatas, acupunturistas, y quiroprácticos son visitas <a href="#">especializadas</a> . Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo. |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                      | Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$15 <a href="#">copago</a> / visita, <a href="#">deducible</a> no se aplica o 20% <a href="#">coseguro</a> para los servicios restantes.                                                                                                     | No se cubren                                       | 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)                                                   | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                              | No se cubren                                       | 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) | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                              | No se cubren                                       | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo.                                                                                                                              |

\* 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)                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <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                                            | \$15 <a href="#">copago</a> /receta minorista, \$45 <a href="#">copago</a> /90-días de minorista y pedido por correo recetados; <a href="#">deducible</a> no se aplica                          | \$15 <a href="#">copago</a> /receta minorista; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> .<br><br>Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista); y un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes).<br><br>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.<br><br><a href="#">Costo compartido</a> para medicamentos contra el cáncer al 20% <a href="#">coseguro</a> .<br><br>Costo compartido máximo de \$35 por un suministro de 30-días y costo compartido máximo de \$105 por un suministro de 90-días para insulina; el <a href="#">deducible</a> no se aplica |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel selectos                                            | \$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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel preferido                                           | 40% <a href="#">coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                           | 40% <a href="#">coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nivel no preferido                                        | 50% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                    | 50% <a href="#">coseguro</a>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | 45% <a href="#">coseguro</a> por especialidad preferida, 50% <a href="#">coseguro</a> por especialidad no preferida.                                                                            | No se cubren                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                 | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                    | No se cubren                                                                          | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Tarifas del médico/cirujano                               | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                    | No se cubren                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                    | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                          | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                    | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                          | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$70 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio<br>\$10 <a href="#">copago</a> /visitas atención virtual<br>Sin cargo por visita virtual<br>CirrusMD; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No se cubren                                                                          | 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                         | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                            | Tarifas del médico/cirujano                           | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios para pacientes ambulatorios                 | \$15 <a href="#">copago</a> /visita y visita ambulatorias intensiva, <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>\$10 <a href="#">copago</a> /visitas atención virtual, <a href="#">deducible</a> no se aplica. Sin cargo por visita virtual CirrusMD<br>20% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios ambulatorios | No se cubren                                       | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                            | Servicios para pacientes hospitalizados               | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No se cubren                                       | <a href="#">Costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según del tipo de servicios, un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> se puede aplicar. Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en el SBC (es decir, ultrasonido).                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | \$70 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> por paciente hospitalizado.                                                                                                                                                                    | No se cubren                                       | Máximo de 30 sesiones por año calendario por rehabilitación y habilitación; y hasta 60 sesiones de rehabilitación para tratar condiciones neurológicas. Máximo de 30 días por año calendario para pacientes hospitalizados para rehabilitación y habilitación o 60 días de rehabilitación por lesiones en la cabeza o a médula espinal. Los límites se aplican por separado a la rehabilitación y la habilitación. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo. |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | \$70 <a href="#">copago</a> /visita ambulatoria, <a href="#">deducible</a> no se aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> por paciente hospitalizado.                                                                                                                                                                    | No se cubren                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>  | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se cubren                                       | Máximo de 60 días por año calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 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 servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 20% <a href="#">coseguro</a> ;<br>67% <a href="#">coseguro</a> para pelucas | No se cubren                                       | Incluye suministros y prósticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos <a href="#">equipo médico duradero (DME)</a> . Las pelucas se cubren una vez por año para la pérdida de cabello resultante de la quimioterapia o radioterapia. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo. |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                | No se cubren                                       | Cobertura de hospicio incluye la atención de relevo limitado a 5 días consecutivos y un máximo de por vida de 30 días                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargo                                                                   | No se cubren                                       | Limitado a 1 por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                             | Sin cargo                                                                   | No se cubren                                       | Cobertura es limitado a 1 par de anteojos por año para niños antes de los 19 años de edad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                            | Control dental para niños                                       | No se cubren                                                                | No se cubren                                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b> |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Suministros naturistas</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado rutinario de podología</li> <li>• Programas de adelgazamiento</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b> |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El aborto</li> <li>• Acupuntura, limitado hasta 12 visitas por año calendario</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiroprácticos, limitado hasta 20 visitas por año calendario</li> <li>• Aparatos auditivos, limitado a un aparato auditivo por oído cada tres años</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario ocular (Adultos, limitado a un examen de vista por año)</li> </ul> |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de

\* 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).

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>, División de Regulación Financiera de Oregon al 1-888-877-4894 o [www.dfr.oregon.gov](http://www.dfr.oregon.gov), y mercado de seguro médico de Oregon o mercado de SHOP al [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. 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 1-888-217-2363. Además, un programa de asistencia a los consumidores puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la División de Seguros de Oregon llamando al 1-888-877-4894 o visite [www.dfr.oregon.gov](http://www.dfr.oregon.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.*

## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">Especialistas copago</a>                          | \$70    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 20%     |
| ■ Otros <a href="#">coseguro</a>                                | 20%     |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,500         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$10*           |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$2,000*        |
| Lo que no está cubierto            |                 |
| Límites o exclusiones              | \$50            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$4,560*</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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">Especialistas copago</a>                          | \$70    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 20%     |
| ■ Otros <a href="#">coseguro</a>                                | 20%     |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$400          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,700        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,420</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">Especialistas copago</a>                          | \$70    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 20%     |
| ■ Otros <a href="#">coseguro</a>                                | 20%     |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,300        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mía pagaría es</b> | <b>\$2,500</b> |

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