



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/texas o llamar a 1-844-827-6571. 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 1-844-827-6571 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 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 \$2,200 individuo / \$4,400 por familia. No se cubren proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se cumple el límite de desembolso general familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo gastos incurridos por sustitución de marca, sanciones de preautorización , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red visite https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&selectedNetwork=Moda%20Select&state=TX o llame al 1-844-827-6571.	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 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	Sin cargo	No se cubren	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$10 copago /visita al consultorio, Sin cargo/visita de atención virtual, \$10 copago / examen de la vista de adultos, \$45 copago /visita de examen auditivo	No se cubren	Limitado a un examen de vista cada año para un adulto. Limitado a un examen de audición cada año.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$10 copago /visita, o 25% coseguro para los servicios restantes.	No se cubren	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . 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)	25% coseguro	No se cubren	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.

* 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 https://www.modahealth.com/texas/-/media/Texas/Downloads/Shared/Documents/Moda-Texas-Individual-Formulary.pdf	Nivel de valor	\$0 copago /receta médica minorista	\$0 copago / receta médica minorista	Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista); 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 solamente. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Farmacia designada por Moda solamente. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 25% coseguro o un copago de \$150 por cada receta, lo que sea menor. El costo compartido máximo de insulina por cada surtido de 30-días es de \$25. Se puede necesitar una preautorización.
	Medicamentos genéricos (Nivel selectos)	\$0 copago /receta médica minorista	\$0 copago / receta médica minorista	
	Nivel de medicamentos de marca preferida	\$15 copago /receta médica minorista, \$45 copago /90-días de receta médica minorista y receta médica pedido por correo	\$15 copago / receta médica minorista	
	Nivel de medicamentos de marca no preferidos	\$50 copago /receta médica minorista, \$150 copago /90-días de receta médica minorista y receta médica pedido por correo	\$50 copago / receta médica minorista	
	Nivel de especialidad	\$150 copago /receta médica	No se cubren	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización. Si no se obtiene una preautorización, se denegará.
	Tarifas del médico/cirujano	25% coseguro	No se cubren	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	25% coseguro	25% coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	25% coseguro	25% coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	\$5 copago /visita al consultorio, Sin cargo/visita de atención virtual	No se cubren	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)	25% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Tarifas del médico/cirujano	25% coseguro	No se cubren	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo/visita al consultorio y visitas ambulatorias intensivas o visita de atención virtual 25% coseguro para otros servicios ambulatorios.	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Servicios para pacientes hospitalizados	25% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	25% coseguro	No se cubren	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	25% coseguro	No se cubren	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	25% coseguro	No se cubren	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	25% coseguro	No se cubren	Máximo de 60 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo/visita de paciente ambulatorio 25% coseguro de paciente hospitalizado.	No se cubren	Máximo de 35 sesiones ambulatorias por año. Los límites se aplican por separado a la rehabilitación y la habilitación. Manipulación espinal incluida en los servicios de rehabilitación . Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Servicios de habilitación	Sin cargo/visita de paciente ambulatorio 25% coseguro de paciente hospitalizado.	No se cubren	
	Atención de enfermería especializada	25% coseguro	No se cubren	Máximo de 25 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	25% coseguro	No se cubren	Incluye suministros y próstéticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos equipo médico duradero (DME) . Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	25% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No se cubren	Limitado a un examen de vista por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. Examen de ojos preventivo adicional dentro de la red para niños de 3 a 5 años sin costo compartido .
	Anteojos para niños	Sin cargo	No se cubren	Cobertura es limitado para un par de anteojos por año calendario 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

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 el caso de una emergencia médica de una mujer embarazada)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Control dental para niños
- Cirugía estética (excepto cuando sea necesario para ciertas situaciones)
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Sustancias 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 a 35 sesiones por año, combinado con fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia
- Aparatos auditivos, limitado a uno aparato auditivo por oído cada tres años
- Cuidado rutinario ocular (Adultos), limitado a un examen de vista por año

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o <http://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, El Departamento de Seguros de Texas, 1-800-578-4677 o <http://www.tdi.texas.gov>, o contacte a Moda Health al 1-844-827-6571. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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

Sus derechos a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Moda Health al 1-844-827-6571 o El Departamento de Seguros de Texas al <http://www.tdi.texas.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 844-827-6571

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码844-827-6571

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 844-827-6571

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:



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)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro la red de una condición bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$0	■ El deducible general del plan	\$0	■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$10	■ Especialista copago	\$10	■ Especialista copago	\$10
■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%	■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%	■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%	■ Otro coseguro	25%	■ Otro coseguro	25%
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)		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)		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		\$12,700	Costo total del ejemplo		\$5,600
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos		Costos compartidos		Costos compartidos	
Deducibles	\$0	Deducibles	\$0	Deducibles	\$0
Copagos	\$0	Copagos	\$600	Copagos	\$30
Coseguro	\$2,200	Coseguro	\$90	Coseguro	\$600
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,250	El total que Joe pagaría sería	\$710	El total que Mia pagaría sería	\$630

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

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call:

888-217-2363 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

Moda Partners, Inc.
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

modahealth.com/texas

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجاناً. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

بولتے ہیں تو سانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION: si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY: 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229（TTY、テレタイプライターをご利用の方は711）までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવેલ) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૌલ કરો

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)