



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con Moda Health en www.modahealth.com o llamar a 1-844-827-6571. 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 o llamar al 1-844-827-6571 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores en la red \$4,000 individuo / \$8,000 por familia. No se cubren proveedores fuera de la red .	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con su deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumple con el deducible general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Las visitas en la red de atención preventiva , atención primaria, especialista , atención de urgencia , visitas virtual, servicios de salud conductual ambulatoria, rehabilitación y habilitación ambulatorias, exámenes de la vista para adultos, servicios de la vista para niños, así como dentro y fuera de la red los medicamentos recetados están cubiertos antes de cumplir su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores en la red \$10,500 individuo / \$21,000 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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 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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se	No se cubren	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$50 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	No se cubren	Ninguno
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$25 copago /visita, deducible no se aplica o 35% coseguro para los servicios restantes.	No se cubren	Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivas. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	35% 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)	35% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.modahealth.com/pdl	Nivel de valor	\$2 copago /receta minorista, \$6 copago /90-días de receta minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$2 copago /receta minorista; deducible no se aplica	Se puede necesitar una preautorización . 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 35% coseguro . El costo compartido máximo de insulina por cada surtido de 30-días es de \$25.
	Nivel selectos	\$20 copago /receta minorista, \$60 copago /90-días de receta minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica	\$20 copago /receta minorista; deducible no se aplica	
	Nivel preferido	40% coseguro , deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	
	Nivel no preferido	50% coseguro	50% coseguro	
	Medicamentos de especialidad	45% coseguro por preferido, 50% de coseguro por no preferido	No se cubren	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% coseguro	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	No se cubren	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	50% coseguro	50% coseguro deducible dentro de la red se aplica	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	35% coseguro	35% coseguro deducible dentro de la red se aplica	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)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencia	\$50 copago /visita al consultorio, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	No se cubren	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	35% coseguro	No se cubren	Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	No se cubren	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 copago /visita al consultorio y visitas ambulatorias intensivas, \$15 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica. 35% 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	35% 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	Sin cargo	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	35% coseguro	No se cubren	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% coseguro	No se cubren	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	35% coseguro	No se cubren	Máximo de 60 visitas 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)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$50 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% 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. Es posible que se requiera una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se denegará.
	Servicios de habilitación	\$50 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado.	No se cubren	
	Atención de enfermería	35% coseguro	No se cubren	Máximo de 25 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	35% 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	35% 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 .
	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 como requerido para ciertas situaciones
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Suministros naturistas
- Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de podología
- Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Atención quiropráctico, 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

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

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 888-873-1395

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码888-873-1395

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888-873-1395

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 35%
- Otros [coseguro](#) 35%

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

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

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$4,000
Copagos	\$10*
Coseguro	\$3,000*
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$7,060*

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 35%
- Otros [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$400
Copagos	\$300
Coseguro	\$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,420

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,000
- [Especialistas copago](#) \$50
- [Hospital \(establecimiento\) coseguro](#) 35%
- Otros [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,300
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,500

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

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