



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 1-888-217-2363. 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 1-888-217-2363 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Para proveedores en la red \$100 individuo / \$200 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 de atención preventiva , atención primaria, especialista , atención de urgencia , visitas virtual, visita al consultorio de pacientes ambulatorio para salud mental y de trastorno por uso de sustancias, servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación , y examen de la vista para niños, así como la mayoría de los medicamentos recetados dentro y fuera de la red 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 \$750 individuo / \$1,500 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 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 www.modahealth.com o llame al 1-888-217-2363. | 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 | \$5 copago /primeras 3 visitas en persona o virtual (combinado con MH/SUD), luego \$10 copago /visita al consultorio y visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica | No se cubren | Primeras 3 visitas combinadas con atención virtual, salud mental o visitas al consultorio de trastorno por uso de sustancias. |
| | Consulta con un especialista | \$20 copago /visita al consultorio, \$10 copago /visita de acupuntura y manipulación, \$10 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD, \$45 d copago /visita de examen auditivo; deducible no se aplica | No se cubren | Las visitas al consultorio de médicos naturistas, acupunturistas y quiroprácticos son visitas especializadas. Las sustancias naturopáticas no están cubiertas. Año calendario máximo de 12 visitas para acupuntura y 20 visitas para manipulación espinal. Se necesita una autorización previa para algunos servicios de manipulación espinal. Si no se obtiene una autorización previa , se puede ocasionar un rechazo. |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$10 copago /visita, deducible no se aplica o 35% coseguro para los servicios restantes. | No se cubren | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 35% coseguro | 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) | 35% coseguro | No se cubren | Se necesita una autorización previa para muchos servicios. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado 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 paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.modahealth.com/pdl | Nivel de valor | \$2 copago /receta médica minorista, \$6 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica | \$2 copago / receta médica minorista; deducible no se aplica | 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. Se puede necesitar una autorización previa . Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Costo compartido máximo de \$85 por un suministro de 30-días y costo compartido máximo de \$255 por un suministro de 90-días para insulina; el deducible no se aplica Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Se puede necesitar una autorización previa . Farmacia designada por Moda solamente. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 35% de coseguro . |
| | Medicamentos genéricos (Nivel selectos) | \$5 copago /receta médica minorista, \$15 copago /90-días de minorista y pedido por correo recetados; deducible no se aplica | \$5 copago / receta médica minorista; deducible no se aplica | |
| | Nivel de medicamentos de marca preferida | 40% coseguro , deducible no se aplica | 40% coseguro , deducible no se aplica | |
| | Nivel de medicamentos de marca no preferidos | 50% coseguro | 50% coseguro | |
| | Nivel de Especialidad | 40% coseguro por preferido, deducible no se aplica; 50% 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 autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa 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 | 35% coseguro | 35% coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 35% coseguro | 35% coseguro | Ninguno |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención de urgencia | \$20 copago /visita al consultorio, \$10 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 | Se necesita una autorización previa para muchos servicios. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. |
| | 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 | \$5 copago /primeras 3 visitas en persona o virtual (combinado con PCP), luego \$10 copago /visita al consultorio y visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica. 35% coseguro para otros servicios ambulatorios. | No se cubren | Primeras 3 visitas combinadas con atención virtual y visitas al consultorio del PCP. Se necesita una autorización previa para algunos servicios de salud conductual ambulatoria. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 35% coseguro | No se cubren | Se necesita una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 35% 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 | 35% coseguro | No se cubren | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 35% coseguro | No se cubren | |

* 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 | Atención médica en el hogar | 35% coseguro | No se cubren | Ninguno |
| | Servicios de rehabilitación | \$20 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de 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 autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. |
| | Servicios de habilitación | \$20 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado. | No se cubren | Máximo de 60 días por año calendario. |
| | Atención de enfermería especializada | 35% coseguro | No se cubren | Incluye suministros y prósticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos DME. Las pelucas se cubren una vez por año para la pérdida de cabello resultante de la quimioterapia o radioterapia. Se puede necesitar una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. |
| | Equipo médico duradero | 35% coseguro 67% coseguro para las pelucas | 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 |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 35% coseguro | No se cubren | Limitado a un examen de vista por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. Examen de detección preventivo adicional dentro de la red para niños de 3 a 5 años sin costo compartido . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | \$10 copago /visita; deducible no se aplica | No se cubren | Cobertura es limitado para un par de anteojos por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. |
| | Anteojos para niños | 35% coseguro | No se cubren | Ninguno |
| | Control dental para niños | No se cubren | No se cubren | |

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

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](#)).

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Tratamiento para la infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo• Sustancias naturistas• Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Cuidado rutinario ocular (Adultos)• 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](#)).

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• El Aborto• Acupuntura | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctic | <ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

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>, División de Regulación Financiera de Oregon al 1-888-877-4894 o www.dfr.oregon.gov, y mercado de seguro médico de Oregon o mercado de SHOP al 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 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.

¿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](#).

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

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:



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

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$100 |
| ■ Especialista copago | \$20 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 35% |
| ■ Otro coseguro | 35% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|--|

| | |
|----------------------------|-------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$650 |

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
|--------------------------------|--|

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$50 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Peg pagaría es | \$800 |
|------------------------------------|--------------|

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro la red de una condición bien controlada)

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$100 |
| ■ Especialista copago | \$20 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 35% |
| ■ Otro 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:

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|--|

| | |
|----------------------------|-------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$50 |
| Coseguro | \$600 |

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
|--------------------------------|--|

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| El total que Joe pagaría sería | \$770 |
|---------------------------------------|--------------|

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

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$100 |
| ■ Especialista copago | \$20 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 35% |
| ■ Otro 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, Mia pagaría:

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|--|

| | |
|----------------------------|-------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$600 |

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
|--------------------------------|--|

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| El total que Mia pagaría sería | \$710 |
|---------------------------------------|--------------|

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:

Medicare Customer Service,
877-299-9062 (TDD/TTY 711)

Medicaid Customer Service,
888-788-9821 (TDD/TTY 711)

Customer Service for all other plans,
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

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

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

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.

modahealth.com