

 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 877-337-0649. 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 el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 877-337-0649 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> \$200 individuo / \$600 por familia en un año del plan; <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$750 individuo / \$2,250 por familia en un año del plan.	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. Ejemplos de algunos servicios: Visitas al consultorio dentro de la red para atención primaria y atención urgente, <a href="#">atención preventiva</a> , servicios ambulatorios de salud conductual, así como servicios dentro y fuera de la red de atención en la sala de emergencias 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.healthcre.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcre.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducible</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> \$1,800 individuo / \$5,400 por familia en un año del plan; <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$3,000 individuo / \$9,000 por familia en un año del plan.	El <a href="#">límite de gastos del 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> , ciertos medicamentos de farmacia especializado que se consideran beneficios de salud no esenciales y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, 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 877-337-0649.	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.
¿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 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 <a href="#">copago</a> /primeras 3 visitas en persona o visitas virtual, luego \$15 <a href="#">copago</a> /visita <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	Primeras 3 visitas combinadas con atención virtual.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Incluye las visitas al consultorio de quiroprácticos y acupunturistas. Las visitas al consultorio de quiroprácticos y acupunturistas se consideran visitas especializadas a menos que aparezcan como PCP en la red. Hasta 35 visitas por año del plan para la manipulación espinal y acupuntura.
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>	Sin cargo para la mayoría de los servicios.	50% <a href="#">coseguro</a>	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. Una lista de servicios de atención preventiva dentro de la red que no están sujetos a costo compartido se puede ver en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	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)	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno

\* 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)

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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Las recetas médicas están cubiertas por el Plan de Prescripción de CityBasic Express Scripts. Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> 855-889-7760	Medicamentos genéricos	10% de <a href="#">coseguro</a> (\$3 mínimo hasta \$25 máximo (\$15 por salud mental/abuso de sustancias) para suministro de 30 días o \$50 máximo (\$30 por salud mental/abuso de sustancias) para un suministro de 90 días), <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a> (beneficios dentro del plan médico)	<p>Cubre hasta un suministro para 30 días (farmacia minorista); o hasta un suministro de 90 días dentro del Programa Voluntary Smart 90 o pedidos por correo de Express Scripts Pharmacy.</p> <p>Los medicamentos especializados deben llenarse a través de la farmacia especializada Accredo.</p> <p>Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a>.</p> <p>Se aplica una multa de marca/genérico si se solicitan medicamentos de marca cuando el genérico es disponible por un medicamento de múltiples fuentes de marca.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	20% de <a href="#">coseguro</a> (\$10 mínimo hasta \$50 máximo (\$15 por salud mental/abuso de sustancias) para suministro de 30 días o \$100 máximo (\$30 por salud mental/abuso de sustancias) para un suministro de 90 días), <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a> (beneficios dentro del plan médico)	
	Medicamentos de marca no preferidos	30% <a href="#">coseguro</a> (\$25 mínimo hasta \$75 máximo para suministro de 30 días o \$150 máximo para un suministro de 90 días), <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a> (beneficios dentro del plan médico)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	<p>Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a>. Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.</p>
	Tarifas del médico/cirujano	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	

\* 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)

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	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	\$50 <a href="#">copago</a> /visita, luego 30% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica	\$50 <a href="#">copago</a> /visita, luego 30% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica	Sin <a href="#">copago</a> si sigue una admisión hospitalaria de inmediato. El <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del plan puede aplicar a algunos servicios. Se aplica el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> dentro de la red.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica	30% <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> no se aplica	Se aplica el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> dentro de la red.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$15 <a href="#">copago</a> /visita, <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a> ,	\$10 <a href="#">copago</a> por visitas Virtual con OHSU.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo para visitas al consultorio. 30% <a href="#">coseguro</a> para otros servicios ambulatorios.	50% <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para algunos servicios. Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 <a href="#">copago</a> /visita (incluye servicios profesionales), <a href="#">deducible</a> no se aplica	50% <a href="#">coseguro</a>	<a href="#">Costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según del tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . 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	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	

\* 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)

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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 60 visitas por año del Plan. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 35 visitas por año del plan. Se espera que la terapia resulte en mejorar continuado de la condición de la persona.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 30 días por año del plan.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Incluye suministros y prótesis. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> resulta en un retraso de los beneficios.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	30% <a href="#">coseguro</a>	50% <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 120 días por año del plan.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Cubierto por preventivo	No se cubren	Limitado a la detección preventiva de la visión dentro de la red para niños antes de 3 a 5 años de edad. Otros servicios de visión disponibles a través de VSP (800-877-7195 o <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a> )
	Anteojos para niños	No se cubren	No se cubren	
	Control dental para niños	No se cubren	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](http://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](#).)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética, excepto como requerido para ciertas situaciones
- Atención dental (adultos), excepto para lesiones relacionadas con accidentes
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Suministros naturópicos
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies, excepto para la diabetes

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

- El Aborto
- Acupuntura
- Atención quiropráctic
- Aparatos auditivos
- Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.
- Cuidado rutinario ocular (adultos)
- Programas de adelgazamiento

**Su derecho a continuar con la cobertura** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) para cobertura médica de grupo sujetos a ERISA, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) para planes de salud del grupo gubernamental no federales, y con la División de Seguros de Oregón llamando al 1-888-877-4894 o visite [www.dfr.oregon.gov](http://www.dfr.oregon.gov) para planes de iglesia. 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.

**Su derecho a presentar una queja o apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener 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. Para cobertura médica de grupo sujetos a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia a los consumidores puede ayudarlo a presentar su [apelación](#). Comuníquese con la División de Seguros de Oregón 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? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), 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](#).

## Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 888-786-7461

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-873-1395

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

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

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

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

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son 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 [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted 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 la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$200
- [Especialista coseguro](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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:

*Costo compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,600

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,850</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 [deducible](#) general del [plan](#) \$200
- [Especialista coseguro](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre la 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:

*Costo compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$60
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,000

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Joe pagaría sería</b>	<b>\$1,280</b>
---------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$200
- [Especialista coseguro](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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, Mia pagaría:

*Costo compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$70
<a href="#">Coseguro</a>	\$700

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Mia pagaría sería</b>	<b>\$970</b>
---------------------------------------	--------------

# 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

## **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](http://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](http://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](mailto:compliance@modahealth.com)

[modahealth.com](http://modahealth.com)