

 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 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 o llamar a 877-337-0649 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores en la red \$150 individuo / \$450 por familia en un año del plan; proveedores fuera de la red \$450 individuo / \$1,350 por familia en un año del plan.	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. Ejemplos de algunos servicios: Los servicios dentro de la red de atención preventiva , apoyo y suministros de amamantamiento, atención de rutina al recién nacido y para dejar de fumar tabaco, así como servicios dentro y fuera de la red de atención en la sala de emergencias están cubiertos antes de que 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.healthcre.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores en la red \$1,000 individuo / \$2,500 por familia en un año del plan; proveedores fuera de la red \$3,600 individuo / \$9,000 por familia en un año del plan.	El límite de gastos del 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 , ciertos medicamentos de farmacia especializado que se consideran beneficios de salud no esenciales y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, 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 877-337-0649.	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 lesión o enfermedad	\$5 copago /primeras 3 visitas en persona o visitas virtual 20% coseguro	40% coseguro	Primeras 3 visitas combinadas con atención virtual.
	Consulta con un especialista	20% coseguro	40% coseguro	Incluye las visitas al consultorio de quiroprácticos y acupunturistas. Hasta 35 visitas por año del plan para la manipulación espinal.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. Deducible no se aplica a la mayoría de los servicios.	40% coseguro	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)	20% coseguro	40% coseguro	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	40% 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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Las recetas médicas están cubiertas por el Plan de Prescripción de CityNet Express Scripts. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.express-scripts.com 800-818-9289	Medicamentos genéricos	10% coseguro (\$5 mínimo hasta \$35 máximo (\$15 por salud mental/abuso de sustancias) minorista y \$50 máximo (\$30 por salud mental/abuso de sustancias) por correo), deducible no se aplica	40% coseguro	<p>Cubre hasta un suministro para 30 días (recetas médicas minoristas); y un suministro de 90 días (receta por correo). Se puede necesitar una autorización previa. Pedidos por correo en farmacia exclusiva de pedidos por correo solamente.</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% coseguro (\$5 mínimo hasta \$35 máximo (\$15 por salud mental/abuso de sustancias) minorista y \$50 máximo (\$30 por salud mental/abuso de sustancias) por correo), deducible no se aplica	40% coseguro	
	Medicamentos de marca no preferidos	30% coseguro (\$5 mínimo hasta \$35 máximo minorista y \$50 máximo por correo), deducible no se aplica	40% coseguro	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	40% coseguro	<p>Se puede necesitar una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.</p>
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$50 copago /visita, luego 20% coseguro , deducible no se aplica	\$50 copago /visita, luego 20% coseguro , deducible no se aplica	<p>Sin copago si sigue una admisión hospitalaria de inmediato. Se aplica el límite de gastos del bolsillo dentro de la red.</p>

* 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	Transporte médico de emergencia	20% coseguro , deducible no se aplica	20% coseguro , deducible no se aplica	Se aplica el límite de gastos del bolsillo . dentro de la red.
	Atención de urgencia	20% de coseguro	40% coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Se necesita una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo para visitas al consultorio. 20% coseguro para otros servicios ambulatorios.	40% coseguro	Se necesita una autorización previa para algunos servicios. Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro por servicios de salud mental o salud conductual. Sin cargo después de deducible por servicios de dependencia química.	40% coseguro	Se necesita una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% coseguro	40% coseguro	Costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . Según del tipo de servicios, puede aplicar un copago , coseguro o deducible . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en el SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% coseguro	40% coseguro	Máximo de 60 visitas por año del Plan. Se puede necesitar una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.

* 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	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	El tratamiento debe comenzar dentro de 1 año de la enfermedad o lesión que se está tratando.
	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	Solo cubierto para el tratamiento médicamente necesario de afecciones de salud mental.
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	40% coseguro	Máximo de 30 días por año del plan.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	Incluye suministros y prótesis. Se puede necesitar una autorización previa . Si no se obtiene una autorización previa resulta en un retraso de los beneficios.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coseguro	40% coseguro	Máximo de 120 días por año del plan.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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 www.vsp.com)
	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

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
- 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](#).)

- 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)

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 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 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 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 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. 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.

¿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 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](#).

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

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. Fijese 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](#) \$150
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

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

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos

Deducibles	\$150
Copagos	\$0
Coseguro	\$850

Lo que no está cubierto

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

El total que Peg pagaría es	\$1,050
------------------------------------	----------------

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](#) \$150
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos

Deducibles	\$150
Copagos	\$0
Coseguro	\$800

Lo que no está cubierto

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

El total que Joe pagaría sería	\$970
---------------------------------------	--------------

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$150
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos

Deducibles	\$150
Copagos	\$50
Coseguro	\$400

Lo que no está cubierto

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

El total que Mia pagaría sería	\$600
---------------------------------------	--------------

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, 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