



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 1-844-274-9117. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-844-274-9117 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre esta plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de cumplir su deducible . | Este plan cubre algunas productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límites de gastos de sus gastos. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límites de gastos de sus gastos. |
| ¿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 1-844-274-9117. | 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 de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No es ICHP Proveedor Nivel 1 | No es ICHP Proveedor Nivel 2 | No es ICHP Proveedor Nivel 3 (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Incluye visitas al consultorio de naturópatas. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Incluye visitas al consultorio de acupunturistas y quiroprácticos. Los servicios de aparatos auditivos están cubiertos al 0% coseguro . La manipulación espinal, la terapia de masaje y la acupuntura están limitadas a 24 visitas por año. Se puede necesitar una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Atención preventiva/ evaluación/ vacunas | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | 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) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | 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) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Se puede necesitar una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |

* 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 de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No es ICHP Proveedor Nivel 1 | No es ICHP Proveedor Nivel 2 | No es ICHP Proveedor Nivel 3 (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 | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Cubre hasta un suministro de 90 días para recetas médicas minoristas y por correo. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Se puede necesitar una autorización previa . 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 0% coseguro . |
| | Medicamentos genéricos (Nivel selectos) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Nivel de medicamentos de marca preferida | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Nivel de medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Nivel de especialidad | Sin cargo | Sin cargo | No se cubre | No se cubre | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Se puede necesitar una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | El transporte comercial se limita a un solo sentido para una condición médica repentina, potencialmente mortal. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | 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 de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No es ICHP Proveedor Nivel 1 | No es ICHP Proveedor Nivel 2 | No es ICHP Proveedor Nivel 3 (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Se necesita una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas limitadas a 12 horas al año. Se necesita una autorización previa para algunos servicios de salud conductual ambulatoria. Si no se obtiene una autorización previa puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Se necesita una autorización previa para pacientes hospitalizados y residenciales. Si no se obtiene una autorización previa puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Máximo de 130 visitas por año calendario. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Máximo por año calendario de 30 días para paciente hospitalizado y 45 sesiones para rehabilitación y habilitación ambulatorios. Los límites se aplican por separado a los servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación. Se puede necesitar una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | |

* 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 de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No es ICHP Proveedor Nivel 1 | No es ICHP Proveedor Nivel 2 | No es ICHP Proveedor Nivel 3 (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Máximo de 60 días por año calendario. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Incluye suministros y prótesis. Los límites de frecuencia se aplican a algunos DME. Los aparatos auditivos están sujetos a un límite de \$3,000 por período de 3 años. Se puede necesitar una autorización previa para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Máximo de por vida de 10 días para pacientes hospitalizados y 240 horas de atención de relevo. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Limitado a un examen de vista por año calendario. Adicional detección preventiva de ojos para niños de 3 a 5 años sin costo compartido . |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Se cubre un par de gafas con monturas de la colección Otis y Piper Eyewear por año calendario para niños antes de los 19 años de edad. Para mayores de 19 años, consulte el manual para miembros por límites de la visión. |
| | Control dental para niños | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Sin cargo | Para miembros menores de 19 años. Los límites de frecuencia se aplican a algunos servicios. |

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 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 • Cuidado rutinario ocular (Adultos) |

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

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>, o la División de Seguros de Alaska al 1-800-467-8725 o <http://www.commerce.state.ak.us/ins/Insurance/consumer.html>. 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 1-844-274-9117 o la División de Seguros de Alaska al <http://www.commerce.state.ak.us/ins/Insurance/consumer.html> o 1-800-467-8725.

¿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): 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 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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$50 |
| El total que Peg pagaría es | \$50 |

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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría sería | \$20 |

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

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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:

| Costos compartidos | |
|---------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría sería | \$0 |

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

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