



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?	Nivel 1: \$2,900 individuo / \$5,800 familia Nivel 2: \$5,800 individuo / \$11,600 familia Nivel 3: \$17,400 individuo / \$34,800 familia	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. Nivel 1 y Nivel 2: atención preventiva , atención primaria, especialista , atención de urgencia , visitas virtual, visitas al consultorio para servicios ambulatorios de salud conductual, rehabilitación y habilitación ambulatoria, servicios de chequeo dental para niños, y medicamentos recetados de especialidad están cubiertos antes de cumplir su deducible . Para todos los Niveles: los medicamentos recetados de valor, selectos y preferido, examen de la vista y anteojos para niños, examen de la vista y anteojos para adultos, y los servicios de aparatos auditivos 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 ?	Nivel 1: \$8,700 individuo / \$17,400 familia Nivel 2: \$8,700 individuo / \$17,400 familia Nivel 3: \$26,100 individuo / \$52,200 familia	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 , sanciones por no obtener la preautorización y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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 en Nivel 1. Pagará más si acude a un proveedor en Nivel 2. Pagará mucho 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
		Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)	Nivel 2 Proveedor	Nivel 3 Proveedor (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 2 visitas por año (combinado con MH/SUD), luego \$35 copago /visita \$25 copago /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	40% coseguro ; deducible no se aplica	60% coseguro	Primeras 2 visitas combinadas con atención virtual, salud mental o visitas al consultorio de trastorno por uso de sustancias. Incluye visitas al consultorio de naturópatas.
	Consulta con un especialista	\$35 copago /visita para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal, \$25 copago /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; \$70 copago para otros servicios; deducible no se aplica	40% coseguro para acupuntura, terapia de masaje y manipulación espinal 40% coseguro , deducible no se aplica para otros servicios	60% coseguro	Incluye visitas al consultorio de acupunturistas y quiroprácticos. Los servicios de aparatos auditivos están cubiertos al 20% coseguro , deducible no se aplica. La manipulación espinal, la terapia de masaje y la acupuntura están limitadas a 24 visitas por año. Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cargo	50% coseguro	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.

* 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
		Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)	Nivel 2 Proveedor	Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	35% coseguro	40% coseguro	60% 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)	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
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, deducible no se aplica	\$2 copago /receta, deducible no se aplica	\$2 copago / receta deducible no se aplica	Cubre hasta un suministro de 90 días para recetas médicas minoristas y por correo. Un copago por cada suministro de 30-días. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Se puede necesitar una preautorización. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Se puede necesitar una preautorización. Farmacia designada por Moda solamente. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 35% coseguro.
	Medicamentos genéricos (Nivel selectos)	\$20 copago /receta, deducible no se aplica	\$20 copago /receta, deducible no se aplica	\$20 copago /receta, deducible no se aplica	
	Nivel de medicamentos de marca preferida	40% coseguro , deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	
	Nivel de medicamentos de marca no preferidos	50% coseguro	50% coseguro	50% coseguro	
	Nivel de especialidad	40% coseguro preferido prescripción especialidad, 50% coseguro de prescripción especialidad no preferido	40% coseguro preferido prescripción especialidad, 50% coseguro de prescripción especialidad no preferido	No se cubren	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	

* 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
		Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)	Nivel 2 Proveedor	Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	35% coseguro	35% coseguro	35% coseguro	Nivel 1 deducible y límite a los gastos directos del bolsillo se aplican.
	Transporte médico de emergencia	35% coseguro	35% coseguro	35% coseguro	El transporte comercial se limita a un solo sentido para una condición médica repentina, potencialmente mortal. Nivel 1 deducible y límite a los gastos directos del bolsillo se aplican.
	Atención de urgencia	\$70 copago /visita al consultorio; \$25 copago /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Se puede necesitar una preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	30% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$5 copago /primeras 2 visitas por año (combinado con PCP), luego \$35 copago /visita al consultorio y visitas ambulatorias intensivas, \$25 copago /visita atención virtual; Sin cargo/visita virtual CirrusMD; deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	60% coseguro	Primeras 2 visitas combinadas con atención virtual y visitas al consultorio del PCP. Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas limitadas a 12 horas al año. Se necesita una preautorización para algunos servicios de salud conductual ambulatoria. Si no se obtiene una preautorización puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Se necesita una preautorización para pacientes hospitalizados y residenciales. Si no se obtiene una preautorización puede resultar en una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	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	40% coseguro	60% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	

* 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
		Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)	Nivel 2 Proveedor	Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Máximo de 130 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	\$70 copago /visita ambulatoria, deducible no se aplica. 35% coseguro paciente hospitalizado.	40% coseguro , deducible no se aplica a servicios ambulatorios.	60% coseguro	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 preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios de habilitación	\$70 copago /visita ambulatoria, deducible no se aplica. 35% coseguro paciente hospitalizado.	40% coseguro , deducible no se aplica a servicios ambulatorios.	60% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	Máximo de 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	35% coseguro 20% coseguro por aparatos auditivos, deducible no se aplica	40% coseguro 20% coseguro por aparatos auditivos, deducible no se aplica	60% coseguro 20% coseguro por aparatos auditivos, deducible no se aplica	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 preautorización para evitar una sanción de 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	35% coseguro	40% coseguro	60% coseguro	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	50% coseguro , deducible no se aplica	Limitado a un examen de vista por año calendario. Examen de ojos preventivo adicional por Nivel 1 o Nivel 2 para niños de 3 a 5 años sin costo compartido . Examen de vista es cubierto para edad de 19 años o más a \$10 de copago para el Nivel 1 y el Nivel 2, deducible no se aplica.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	50% coseguro , deducible no se aplica	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 el costo compartido de la visión y límites.

* 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
		Nivel 1 Proveedor (Usted pagará menos)	Nivel 2 Proveedor	Nivel 3 Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Control dental para niños	Sin cargo por servicios preventivos y diagnósticos, 10% coseguro para servicios dentales básicos, 40% coseguro para servicios dentales mayores, 50% coseguro para ortodoncia	Sin cargo por servicios preventivos y diagnósticos, 10% coseguro para servicios dentales básicos, 40% coseguro para servicios dentales mayores, 50% coseguro para ortodoncia	60% coseguro	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).		
• Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Tratamiento para la infertilidad	• Cuidado a largo plazo • Sustancias naturistas • Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.	• Enfermería privada • Cuidado rutinario de podología • Programas de adelgazamiento
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• El Aborto • Acupuntura	• Atención quiropráctic	• Aparatos auditivos • Cuidado rutinario ocular (Adultos)

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.

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

¿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.



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	\$2,900
■ Especialista copago	\$70
■ 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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,900
Copagos	\$10
Coseguro	\$3,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$6,360

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	\$2,900
■ Especialista copago	\$70
■ 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:

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

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$2,900
■ Especialista copago	\$70
■ 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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,300
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$2,600

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

Dental plans in Oregon provided by Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon. Dental plans in Alaska provided by Delta Dental of Alaska. Health plans provided by Moda Health Plan, Inc. Individual medical plans in Alaska provided by Moda Assurance Company.

