El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte.

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, comuníquese con Moda Health en www.modahealth.com o llamar a 1-888-217-2363. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary.o llamar a 1-888-217-2363 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para provedores en la red $3,000 individuo / $6,000 por familia. No se cubren prevedores fuera de la red.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el 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.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. Las visitas en la red de de atención preventiva, atención primaria, especialista, atención de urgencia, visitas virtual, salud mental o toxicomanías ambulatorio, rehabilitación y habilitación ambulatorias, atención de vista de niños y control dental para niños así como la mayoria de los medicamentos recetados dentro y fuera de la red están cubiertos antes de cumplir su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. "Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para provedores en la red $8,000 individuo / $16,000 por familia. No se cubren prevedores fuera de la red.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría 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 no incluye el máximo directos del bolsillo?	Primas, cargos de facturación del saldo gastos incurridos por sustitución de marca y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Véa www.modahealth.com o llame al 1-888-217-2363 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$35 por copago/visita al consultorio y $10 por copago/visitas de atención virtual; deducible no se aplica	No se cubren	Sin cargo para visitas de atención virtual con CirrusMD.
	Visita al especialista	$70 de copago/visita al consultorio, $10 de copago/visita de atención virtual; $35 por copago/visita de acupuntura y manipulación espinal, y $45 de copago/visita de examen auditivo; el deducible no se aplica	No se cubren	Sin cargo para visitas de atención virtual con CirrusMD. Máximo de $1,000 por año calendario para acupuntura y manipulación espinal. Se necesita una autorización previa para algunos servicios de manipulación espinal y acupuntura. Si no se obtiene una autorización previa se puede ocasionar un rechazo.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo para la mayoría de los servicios. $35 de copago/visita, deducible no se aplica o 35% de coseguro para los servicios restantes.	No se cubren	Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivas. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necessita son preventivas. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	35% de coseguro	No se cubren	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	35% de coseguro	No se cubren	Se necesita una autorización previa para muchos servicios. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.modahealth.com/pdl	Nivel de valor	$2 de copago/receta médica minorista, $6 de copago/90-dias por receta médica minorista y receta médica pedido por correo; el deducible no se aplica	$2 de copago/ receta médica minorista	Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista); un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes). Une copago por cada suministro de 30-dias. Se puede necesitar una autorización previa. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamento especializado. Se puede necesitar una autorización previa. Farmacia designada por Moda solamente. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 35%.
	Nivel selectos	$20 de copago/receta médica minorista, $60 de copago/90-dias por receta médica minorista y receta médica pedido por correo; el deducible no se aplica	$20 de copago/ receta médica minorista	
	Nivel preferido	40% de coseguro, el deducible no se aplica	40% de coseguro, el deducible no se aplica	
	Nivel no preferido	50% de coseguro	50% de coseguro	
	Nivel de especialidad	40% de coseguro por especialidad preferido, 50% de coseguro por especialidad no preferido	No se cubren	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% de coseguro	No se cubren	Se puede necesitar una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo.
	Honorarios del médico/cirujano	35% de coseguro	No se cubren	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	35% de coseguro	35% de coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	35% de coseguro	35% de coseguro	Máximo de 6 viajes por año calendario.
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencia	$35 de copago/visita al consultorio y $10 de copago/visita de atención virtual; el deducible no se aplica	No se cubren	Sin cargo para visitas de atención virtual con CirrusMD.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	35% de coseguro	No se cubren	Se necesita una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo.
	Honorarios del médico/cirujano	35% de coseguro	No se cubren	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$35 de copago/visita al consultorio y $10 de copago/visita de atención virtual; el deducible no se aplica. 35% de coseguro para otros servicios ambulatorios.	No se cubren	Sin cargo para visitas de atención virtual con CirrusMD. Se necesita una autorización previa para algunos servicios de conductual ambulatorio. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo.
	Servicios internos	35% de coseguro	No se cubren	Se necesita una autorización previa para todos servicios internos Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo
Si está embarazada	Visitas al consultorio	35% de coseguro	No se cubren	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 de parto profesionales	35% de coseguro	No se cubren	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	35% de coseguro	No se cubren	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	35% de coseguro	No se cubren	Ninguno
	Servicios de rehabilitación	$70 de copago/visita de paciente ambulatorio, el deducible no se aplica. 35% de coseguro de paciente hospitalizado.	No se cubren	Máximo de 30 días por año calendario para servicios internos y 30 sesiones de rehabilitación para servicios ambulatorios. Puede ser elegible para 60 días para lesiónes de cabeza o de la médula espinal o 60 sesiones para tratamiento de condiciones neurológicas. Los límites se aplican por separado a los servicios de rehabilitación y habilitación. Se puede necesitar una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo.
	Servicios de habilitación	$70 de copago/visita de paciente ambulatorio, el deducible no se aplica. 35% de coseguro de paciente hospitalizado.	No se cubren	
	Cuidado de enfermería especializada	35% de coseguro	No se cubren	Máximo de 60 días por año calendario

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Equipo médico duradero	35% de coseguro; 67% de coseguro para las pelucas	No se cubren	Incluye suministros y prostéticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos DME. Las pelucas se cubren una vez por año para la pérdida de cabello resultante de la quimioterapia o radioterapia. Se puede necesitar una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	35% de coseguro	No se cubren	Cobertura de hospicio incluye la atención de relevo limitado a 5 días consecutivos y un máximo de por vida de 30 días
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	$35 de copago/visita, el deducible no se aplica	No se cubren	Limitado a un examen de vista por año calendario para niños antes de los 19 años. Examen de detección preventivo adicional dentro de la red para niños de 3 a 5 años sin costo compartido.
	Anteojos para niños	35% de coseguro	No se cubren	Se cubre un par de anteojos por año calendario, para niños antes de los 19 años.
	Control dental para niños	Sin cargo	No se cubren	Para miembros antes de los 19 años. Los límites de frecuencia se aplican a algunos servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética, excepto como requerido para ciertas situaciones
- 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 ocular (adultos)
- Cuidado rutinario de podología
- Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- El Aborto
- Acupuntura
- Atención quiropráctic
- Aparatos auditivos

Sus derechos a continuar con la cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias 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/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html, División de Regulación Financiera de Oregon al 1-888-877-4984 o www.dfr.oregon.gov, y mercado de seguro médico de Oregon o mercado de SHOP al www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos

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

del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Moda Health al 1-888-217-2363. 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.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? 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.

Servicios lingüísticos:

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, kwiijigo holne' 888-873-1395

———————————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima 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 podría 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 costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podria 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	$3,000
Especialista copago	$70
Hospital (establecimiento) coseguro	35%
Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
profesionales
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$10
Coseguro	$3,300
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	$3,000
Especialista copago	$70
Hospital (establecimiento) coseguro	35%
Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al 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:

Costo compartido	
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	$3,000
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 *(físioterapia)*

Costo total del ejemplo	$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
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, 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 Customer Service at:

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.

Dave Nesseler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nesseler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@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. 39969758 (9/19)

moda HEALTH

DELTA DENTAL
Delta Dental of Oregon & Alaska