



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 at www.modahealth.com o llamar a 1-888-445-7413. 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 1-888-445-7413 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$1,000 individuo / \$2,500 por familia	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. Cuidado de hospicio en la red y programa de autocontrol de la diabetes así como servicios dentro y fuera de la red de tratamiento de cese de tabaco, medicamentos recetados, manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje, suministros para el amamantamiento y la mayoría de servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que 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.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí, \$300 para medicamentos con receta	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,150 individuo / \$12,300 por familia para servicios médicos y medicamentos recetados, en la red y fuera de la red combinados	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 desembolso máximo ?	Primas , coseguro por audífonos para edad 26 y mayores, coseguro por medicamentos de marca cuando medicamentos genéricos están disponibles, multas por la no obtención de una autorización previa, saldos de cargos facturados 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 1-888-445-7413 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	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
	Visita al especialista	30% de coseguro y 50% de coseguro , y el deducible no se aplica a la manipulación espinal, suministros naturistas, y terapias de masaje	50% de coseguro y el deducible no se aplica a la manipulación espinal, suministros naturistas, y terapias de masaje	Las visitas al consultorio de quiroprácticos, médicos naturistas y acupuntistas no tienen limitaciones en dólares o en visitas. \$300 plan año máximo para manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje. El límite de \$300 no se aplica a la inserción de agujas para el cuidado de la acupuntura. 20 visitas plan año máximo para servicios de acupuntura.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo para la mayoría de los servicios. 30% de coseguro para los servicios restantes y el deducible no se aplica.	50% de coseguro y el deducible no se aplica para la mayoría de los servicios.	Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivas. Entonces compruebe lo que su plan pagará. Una lista de servicios de atención preventiva dentro de la red que no están sujetos a costo compartido se puede ver en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% de coseguro	50% de coseguro	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% de coseguro	50% de coseguro	Se necesita una autorización previa para muchos servicios. Si no se obtiene una autorización previa tiene como resultado un rechazo. Los proveedores de la red son responsables de obtener la autorización previa y amortizará los cargos debidos a ninguna autorización previa .

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)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.welldynrx.com</p>	Recetas médicas minoristas	30% de coseguro	30% de coseguro	<p>Beneficios de medicamentos recetados son administrados por WellDyne Rx. Se puede necesitar una autorización previa.</p> <p>Minorista - Hasta un suministro de 30 días.</p> <p>Pedidos por correo: un suministro de 90 días. Las recetas médicas por correo se deben surtir dentro de la red.</p> <p>Las recetas médicas que se adquieran en una farmacia fuera de la red pueden estar sujetas a una facturación del saldo. Usted es responsable de pagar la diferencia de coste entre un medicamento genérico y uno de marca cuando un genérico es disponible.</p> <p>De especialidad - Hasta un suministro de 30 días. Únicamente en farmacias exclusivas. Los medicamentos de especialidad pueden incluir un nivel de especialidad y otros medicamentos de nivel que se utilizan habitualmente para tratar problemas de salud crónicos y complejos.</p>
	Recetas médicas por correo	30% de coseguro	No se cubren	
	Medicamentos de especialidad	30% de coseguro	No se cubren	
<p>Si se somete a una operación ambulatoria</p>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	50% de coseguro	<p>Se puede necesitar una autorización previa. La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es medicamento necesario. Los procedimientos de esterilización dentro de la red están cubiertos sin compartir costos.</p>
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	Atención en la sala de emergencias	\$100 de copago /visita, luego 30% de coseguro	\$100 de copago /visita, luego 30% de coseguro	Sin copago si sigue una admisión hospitalaria de inmediato. El coseguro del plan puede aplicar a algunos servicios.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	Transporte hasta el centro de atención más cercano capaz de brindar el tratamiento necesario.
	Atención de urgencia	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
<p>Si le hospitalizan</p>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% de coseguro	50% de coseguro	<p>Se necesita una autorización previa. La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es medicamento necesario.</p>
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	

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 servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	30% de coseguro	50% de coseguro	Se necesita una autorización previa para todos los servicios internos y algunos servicios de salud conductual. La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Servicios internos	30% de coseguro	50% de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% de coseguro	50% de coseguro	Servicios de aborto electivo en la red están cubiertos sin costo compartido. 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	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	30% de coseguro	50% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	30% de coseguro	50% de coseguro	Máximo de 60 visitas por año del plan. Se necesita una autorización previa . La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	50% de coseguro	Máximo de 60 sesiones por año del plan para rehabilitación ambulatorios. Los servicios de habilitación se limitan a servicios que se pueden considerar como tales según las pautas de rehabilitación y médicamente necesaria para tratar una condición de enfermedad mental. Se necesita una autorización previa . La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Servicios de habilitación	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	30% de coseguro	50% de coseguro	Máximo de 100 visitas por año del plan. Se necesita una autorización previa . La no obtención de una autorización previa tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.

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	30% de coseguro	50% de coseguro	Incluye suministros y prósticos. Se puede necesitar una autorización previa . La no obtención de una autorización previa , tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo, el deducible no se aplica	50% de coseguro	Máximo de 120 horas por año del plan para el cuidado de relevo en un período de 3 meses.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cargo, el deducible no se aplica	Examen preventivo de la vista dentro la red para niños de 3 a 5 años. No se cubren exámenes de la vista para otra edad.
	Anteojos para niños	No se cubren	No se cubren	Ninguno
	Chequeo dental pediátrico	No se cubren	No se cubren	Ninguno

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](#).)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética, excepto como requerido para ciertas situaciones • Atención dental (adultos), excepto para lesiones relacionadas con accidentes | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado rutinario ocular • Cuidado rutinario de podología, con excepción para Diabéticos • Programas de adelgazamiento |
|---|--|--|

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

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctic | <ul style="list-style-type: none"> • 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 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. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [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 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. 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

Si no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [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, kwijigo holne' 888-873-1395

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialista](#) [costo compartido] 30%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 30%
- Otro [costo compartido] 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$3,400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$300
El total que Peg pagaría es	\$4,700

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialista](#) [costo compartido] 30%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 30%
- Otro [costo compartido] 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría sería	\$2,960

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialista](#) [costo compartido] 30%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 30%
- Otro [costo compartido] 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$1,300

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Moda does not discriminate

Moda, Inc. follows 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, 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 Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nessler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com