



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 1-888-217-2363. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-217-2363 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 costs de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Todos los servicios 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.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 se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos del bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite www.modahealth.com o llame al 1-888-217-2363 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	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 pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No es IHCP Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	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 afección o lesión	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Ninguno
	Consulta con un especialista	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Visitas al consultorio de médicos naturópatas, acupunturistas, y quiroprácticos son visitas especializadas . Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	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)	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	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	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No es IHCP Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	Proveedor fuera de la red (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	Se puede necesitar una preautorización . Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista); y un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes).
	Nivel selectos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente.
	Nivel preferido	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Farmacia designada por Moda solamente.
	Nivel no preferido	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Farmacia designada por Moda solamente.
	Medicamentos de especialidad	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Costo compartido máximo de \$35 por un suministro de 30-días y costo compartido máximo de \$105 por un suministro de 90-días para insulina; el deducible no se aplica Costo compartido para medicamentos contra el cáncer sin cargo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No es IHCP Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización , se puede ocasionar un rechazo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	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	No se cubren	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Ninguno
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Máximo de 30 sesiones por año calendario por rehabilitación y habilitación; y hasta 60 sesiones de rehabilitación para tratar condiciones neurológicas. Máximo de 30 días por año calendario para pacientes hospitalizados para rehabilitación y habilitación o 60 días de rehabilitación por lesiones en la cabeza o a médula espinal. Los límites se aplican por separado a la rehabilitación y la habilitación. Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Máximo de 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Incluye suministros y próstéticos. Los límites de frecuencia se aplican a algunos equipo médico duradero (DME). Las pelucas se cubren una vez por año para la pérdida de cabello resultante de la quimioterapia o radioterapia. Se puede necesitar una preautorización . Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo..

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No es IHCP Proveedor dentro de la red (Usted pagará mas)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cargo	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 hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Limitado a 1 por año para niños antes de los 19 años de edad.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No se cubren	Cobertura es limitado a 1 par de anteojos por año para niños antes de los 19 años de edad.
	Control dental para niños	No se cubren	No se cubren	No se cubren	Ninguno

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 • Suministros 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 (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• El aborto • Acupuntura, limitado hasta 12 visitas por año calendario	• Atención quiroprácticos, limitado hasta 20 visitas por año calendario	• Aparatos auditivos, limitado a un aparato auditivo por oído cada 3 años

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>, División de Regulación Financiera de Oregon al 1-888-877-4894 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 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 1-888-217-2363. Además, un programa de asistencia a los consumidores puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la División de Seguros de Oregon 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? 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo 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. 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 una 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
■ Especialistas copago	\$0
Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otros 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 de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$0
Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otros 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 es	\$0

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$0
Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otros 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, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$0

*Nota: Estos números asumen una carga global. Si tu proveedor factura cada servicio por separado, estas cantidades pueden ser diferentes.