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 1-855-425-4543. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayodos, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary.o llamar a 1-855-425-4543 para pedir una copia

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el deducible total?	Para Nivel I (Hospitales y Clínicas e instalaciones de Salem Health): Ninguno; para Nivel II (Connexus de red): $750 individuo / $1,500 por familia; para Nivel III (Connexus de red): $1,500 individuo / $3,000 por familia; para Nivel IV (preveedores fuera de la red) $1,500 individuo / $3,000 por 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. Ejemplos de algunos servicios: Nivel II y Nivel III servicios de atención preventiva, la mayoria de los cargos en centros de atención de urgencia, hospicio, visitas al consultorio para servicios ambulatorios de salud conductual, así como Nivel II y Nivel III servicios de diabetes, ambulancia, y medicamentos recetados 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?	Para Nivel I: $2,500 individuo / $5,000 por familia; para Nivel II $3,500 individuo / $7,000 por familia; para Nivel III $5,900 individuo / $11,800 por familia; para Nivel IV (preveedores fuera de la red) $5,900 individuo / $11,800 por 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, gastos incurridos por sustitución de marca y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Véa www.modahealth.com o llame al 1-855-425-4543 para una lista de proveedores dentro de la red.	Pagará menos si usa un proveedor en Nivel I (Hospitales y Clínicas e instalaciones de Salem Health). Pagará más si usa un proveedor en Nivel II o Nivel III (Connexus de red). Pagará mucho más si usa un proveedor fuera de la red, y es posible 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 obtener 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 esta cuadro ss 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 I Proveedor	Nivel II Proveedor	Nivel III Proveedor	Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	Sin cargo	$20 copago/visita, sin deducible para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 10% coseguro para todas las demás visitas y servicios de consultorio que no sean cirugías ambulatorias y radiografías y pruebas de laboratorio	$20 copago/ visita, sin deducible para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 20% coseguro para todas las demás visitas y servicios de consultorio que no sean cirugías ambulatorias y radiografías y pruebas de laboratorio	40% coseguro, sin deducible para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 40% coseguro para todas las demás visitas y servicios de consultorio que no sean cirugías ambulatorias y radiografías y pruebas de laboratorio	Las visitas al consultorio de quiroprácticos, médicos naturopáticos y acupunturistas se consideran visitas especializadas a menos que aparezcan como PCP dentro de la red. Máximo de $1,000 por año calendario para terapia de masaje.
	Atención preventiva/ evaluación/ vacunas	Sin cargo	10% coseguro para suministros de tabaco Sin cargo para otros servicios	10% coseguro para suministros de tabaco Sin cargo para otros servicios	40% coseguro	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.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Algunos servicios pueden tener un copago / coseguro distinto.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	10% coseguro	$100 copago/ visita, luego 20% coseguro por ambulatorios, 20% coseguro por hospitalizados	$100 copago/ visita, luego 40% coseguro por ambulatorios, 40% coseguro por hospitalizados	Algunos servicios pueden tener un copago / coseguro distinto. Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización, se puede ocasionar un rechazo

* 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 I Proveedor	Nivel II Proveedor	Nivel III Proveedor	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta en www.modahealth.com/pdl**	Nivel de valor	$2 copago por suministros de 30-días / $6 de copago por suministros de minorista y pedido por correo de 90-dias	$2 copago por suministros minorista de 30-dias Sin deducible	50% coseguro por suministros minorista de 30-dias Sin deducible	Se puede necesitar una preautorización. Nivel I – Salem Health y farmacias de pedidos por correo Nivel II – ArrayRx Core Network Nivel III – otras farmacias minoristas Se cubre Nivel I minorista y pedidos por correo - hasta un suministro de 90-dias por receta médica; Nivel II and Nivel III minorista – hasta un suministro de 30-días por receta médica. Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health solamente. Cubre hasta un suministro de 30-días de medicamentos especializados. Moda designada farmacia únicamente Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es cubierto igual que cualquier otro medicamento. Costo compartido máximo de $35 por un suministro de 30-dias y costo compartido máximo de $105 por un suministro de 90-dias para insulina; deducible no se aplica
	Nivel genérico	25% coseguro, minimo de $5 / máximo de $25 por cada receta minorista y pedido por correo	35% coseguro, minimo de $15 / máximo de $25 por cada receta minorista; Sin deducible	50% coseguro por cada receta minorista; Sin deducible	
	Nivel preferido	30% coseguro, minimo de $5 / máximo de $75 por cada receta minorista y pedido por correo	40% coseguro, minimo de $15 / ningún máximo por cada receta minorista; Sin deducible	50% coseguro por cada receta minorista; Sin deducible	
	Nivel no preferido	50% coseguro, minimo de $5 / ningún máximo por cada receta minorista y pedidos de correo	50% coseguro, minimo de $15 / ningún máximo por cada receta minorista; Sin deducible	50% coseguro por cada receta minorista; Sin deducible	
	Nivel de especailizadad	25% coseguro minimo de $5 / máximo de $25 para selectos 30% coseguro, máximo de $150 cada recetado para preferido 50% coseguro por no preferido	No se cubren	No se cubren	

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

ircunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga				Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I Proveedor	Nivel II Proveedor	Nivel III Proveedor	Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	Servicios de nivel de costo adicional requieren un copago de $100 o un copago de $500, luego 20% coseguro por Nivel II y Nivel III o 40% coseguro por Nivel IV. Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización, se puede ocasionar un rechazo.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Tarifa del centro: $250 copago/visita; Tarifa del médico: Sin cargo	Tarifa del centro: $250 copago/visita; Tarifa del médico: Sin cargo	Tarifa del centro: $250 copago/visita; Tarifa del médico: Sin cargo	Tarifa del centro: $250 copago/visita; Tarifa del médico: Sin cargo	Sin copago si sigue una admisión hospitalaria de inmediato.
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro, Sin deducible	10% coseguro, Sin deducible	10% coseguro, Sin deducible	10% coseguro, Sin deducible	Ninguno
	Atención de urgencia	Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; Sin cargo por visitas virtual de los proveedores de Salem Health; $20 copago/visita por todas las demás visitas	Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; $40 copago/visita, sin deducible por todos las demás visitas	Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; $50 copago/visita, sin deducible por todos las demás visitas	Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; 40% coseguro por todos las demás visitas	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	Servicios de nivel de costo adicional requieren un copago de $100 o un copago de $500, luego 20% coseguro por Nivel II y Nivel III o 40% coseguro por Nivel IV. Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	

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

ircunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga				Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I Proveedor	Nivel II Proveedor	Nivel III Proveedor	Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cargo por vista al consultorio 10% coseguro por otros servicios ambulatorios	Sin cargo por visita al consultorio 10% coseguro por otros servicios ambulatorios	Sin cargo por visita al consultorio 40% coseguro por otros servicios ambulatorios	El coseguro del Plan puede aplicar a algunos servicios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo por programas de tratamiento residencial 10% coseguro por todas las demás servicios	Sin cargo por programas de tratamiento residencial 10% coseguro por todas las demás servicios	40% coseguro	Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	40% coseguro	Costos compartidos 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 profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	10% coseguro	10% coseguro	40% coseguro	Limitado a 100 visitas por año calendario.

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

ircunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga				Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I Proveedor	Nivel II Proveedor	Nivel III Proveedor	Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	Máximo de 60 visitas por año calendario cada uno para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y terapia auditiva excepto para el tratamiento de las condiciones de salud mental. Se cubren los servicios de trastornos del desarrollo neurológico o retrasos en el desarrollo relacionados con una condición neurogénica. Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	10% coseguro	20% coseguro	40% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	N/A	10% coseguro	10% coseguro	40% coseguro	Limitado a 120 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	10% coseguro	10% coseguro	40% coseguro	Incluye suministros y prostéticos. Se puede necesitar una preautorización. Si no se obtiene una preautorización tiene como resultado un rechazo.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	10% coseguro	10% coseguro	40% coseguro	Ninguno
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No se cubren	No se cubren	No se cubren	No se cubren	Ninguno
	Anteojos para niños	No se cubren	No se cubren	No se cubren	No se cubren	Ninguno
	Control dental para niños	No se cubren	No se cubren	No se cubren	No se cubren	Ninguno

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

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 estética, excepto como requerido para ciertas situaciones • Atención dental (adultos), excepto para lesiones relacionadas con accidentes • Tratamiento para la infertilidad (excepto para visitas diagnósticos	• Cuidado a largo plazo • Suministros naturópicos • Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.	• Enfermería privada • Cuidado rutinario ocular (adultos) • 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.)		
• Aborto • Acupuntura, hasta 20 visitas por año calendario	• Cirugía bariátrica • Atención quiropráctic, hasta 20 visitas por año calendario	• Aparatos auditivos, 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 estas 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 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. 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 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 obtener 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 más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Moda Health al 1-855-425-4543. 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**

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 minima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **Sí**

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, kwiijigo holne' 888-873-1395

———————————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica 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 los ejemplos de cobertura:

Este no es un 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 e tratamiento real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) 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	$750
Especialista coseguro	10%
Hospital (instalaciones) coseguro	10%
Otro coseguro	10%

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)*
Consulto con un especialista *(anestesia)*

Costo total ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartido	
Deducibles	$750
Copagos	$0*
Coseguro	$1,200*
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$2,000***

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	$750
Especialista coseguro	10%
Hospital (instalaciones) coseguro	10%
Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedad)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartido	
Deducibles	$700
Copagos	$60
Coseguro	$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría sería	**$2,480**

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

El deducible general del plan	$750
Especialista coseguro	10%
Hospital (instalaciones) coseguro	10%
Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(isioterapia)*

Costo total ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartido	
Deducibles	$750
Copagos	$300
Coseguro	$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría sería	**$1,150**

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

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.