



**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](http://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 subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://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 <a href="#">deducible</a> 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 ( <a href="#">proveedores fuera de la red</a> ) \$1,500 individuo / \$3,000 por familia.                                                                        | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir con su <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia cumple con el <a href="#">deducible</a> general familiar.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                     | Sí. Ejemplos de algunos servicios: Nivel II y Nivel III servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , la mayoría 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 <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                                                           |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                             | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?   | 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 ( <a href="#">proveedores fuera de la red</a> ) \$5,900 individuo / \$11,800 por familia.                                                                                                                                  | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que se cumple el <a href="#">límite de desembolso</a> general familiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?          | <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación del saldo</a> , gastos incurridos por sustitución de marca y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                 | Aunque pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Véa <a href="http://www.modahealth.com">www.modahealth.com</a> o llame al 1-855-425-4543 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .                                                                                                                                                                                                                                                   | Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> en Nivel I (Hospitales y Clínicas e instalaciones de Salem Health). Pagará más si usa un <a href="#">proveedor</a> en Nivel II o Nivel III (Connexus de red). Pagará mucho más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



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                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                        | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | Sin cargo         | \$20 <a href="#">copago</a> /visita, sin <a href="#">deducible</a> para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 10% <a href="#">coseguro</a> para todas las demás visitas y servicios de consultorio que no sean cirugías ambulatorias y radiografías y pruebas de laboratorio | \$20 <a href="#">copago</a> / visita, sin <a href="#">deducible</a> para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 20% <a href="#">coseguro</a> para todas las demás visitas y servicios de consultorio que no sean cirugías ambulatorias y radiografías y pruebas de laboratorio | 40% <a href="#">coseguro</a> , sin <a href="#">deducible</a> para acupuntura, manipulación espinal y terapia de masaje; 40% <a href="#">coseguro</a> 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. |
|                                                        | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación/ vacunas</a>                                                                     | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a> para suministros de tabaco<br>Sin cargo para otros servicios                                                                                                                                                                                                    | 10% <a href="#">coseguro</a> para suministros de tabaco<br>Sin cargo para otros servicios                                                                                                                                                                                                     | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                           | Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivas. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivas. Entonces compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará.                  |
| <b>Si se realiza un examen</b>                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                           | Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Algunos servicios pueden tener un <a href="#">copago / coseguro</a> distinto.                                                                         |
|                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$100 <a href="#">copago</a> / visita, luego 20% <a href="#">coseguro</a> por ambulatorios, 20% <a href="#">coseguro</a> por hospitalizados                                                                                                                                                   | \$100 <a href="#">copago</a> / visita, luego 40% <a href="#">coseguro</a> por ambulatorios, 40% <a href="#">coseguro</a> por hospitalizados                                                                                                                                            | Algunos servicios pueden tener un <a href="#">copago / coseguro</a> distinto. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , 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](http://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                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta en <u>www.modahealth.com/pdl</u></a> | Nivel de valor                 | \$2 <a href="#">copago</a> por suministros de 30-días / \$6 de <a href="#">copago</a> por suministros de minorista y pedido por correo de 90-días                                                         | \$2 <a href="#">copago</a> por suministros minorista de 30-días Sin <a href="#">deducible</a>                           | 50% <a href="#">coseguro</a> por suministros minorista de 30-días Sin <a href="#">deducible</a> | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> .<br><br>Nivel I – Salem Health y farmacias de pedidos por correo<br><br>Nivel II – ArrayRx Core Network<br><br>Nivel III – otras farmacias minoristas<br><br>Se cubre Nivel I minorista y pedidos por correo - hasta un suministro de 90-días 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. |
|                                                                                                                                                                                                                | Nivel genérico                 | 25% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$5 / máximo de \$25 por cada receta minorista y pedido por correo                                                                                               | 35% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$15 / máximo de \$25 por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a> | 50% <a href="#">coseguro</a> por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a>           | Cubre hasta un suministro de 30-días de medicamentos especializados. Moda designada farmacia únicamente<br><br>Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es cubierto igual que cualquier otro medicamento.                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                | Nivel preferido                | 30% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$5 / máximo de \$75 por cada receta minorista y pedido por correo                                                                                               | 40% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$15 / ningún máximo por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a>  | 50% <a href="#">coseguro</a> por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                | Nivel no preferido             | 50% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$5 / ningún máximo por cada receta minorista y pedidos de correo                                                                                                | 50% <a href="#">coseguro</a> , mínimo de \$15 / ningún máximo por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a>  | 50% <a href="#">coseguro</a> por cada receta minorista; Sin <a href="#">deducible</a>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                | Nivel de especialidad          | 25% <a href="#">coseguro</a> mínimo de \$5 / máximo de \$25 para selectos<br>30% <a href="#">coseguro</a> , máximo de \$150 cada recetado para preferido<br>50% <a href="#">coseguro</a> 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](#)

| 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                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                  | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                      | Servicios de nivel de costo adicional requieren un <a href="#">copago</a> de \$100 o un <a href="#">copago</a> de \$500, luego 20% <a href="#">coseguro</a> por Nivel II y Nivel III o 40% <a href="#">coseguro</a> por Nivel IV. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> , se puede ocasionar un rechazo. |
|                                              | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                  | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b> | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | Tarifa del centro: \$250 <a href="#">copago</a> /visita;<br>Tarifa del médico: Sin cargo                                                                                                                                   | Tarifa del centro: \$250 <a href="#">copago</a> /visita;<br>Tarifa del médico: Sin cargo                                                                                | Tarifa del centro: \$250 <a href="#">copago</a> /visita;<br>Tarifa del médico: Sin cargo                                                                                | Tarifa del centro: \$250 <a href="#">copago</a> /visita;<br>Tarifa del médico: Sin cargo                                          | Sin <a href="#">copago</a> si sigue una admisión hospitalaria de inmediato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                              | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 10% <a href="#">coseguro</a> ,<br>Sin <a href="#">deducible</a>                                                                                                                                                            | 10% <a href="#">coseguro</a> ,<br>Sin <a href="#">deducible</a>                                                                                                         | 10% <a href="#">coseguro</a> ,<br>Sin <a href="#">deducible</a>                                                                                                         | 10% <a href="#">coseguro</a> ,<br>Sin <a href="#">deducible</a>                                                                   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                              | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; Sin cargo por visitas virtual de los <a href="#">proveedores</a> de Salem Health; \$20 <a href="#">copago</a> /visita por todas las demás visitas | Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; \$40 <a href="#">copago</a> /visita, sin <a href="#">deducible</a> por todas las demás visitas | Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; \$50 <a href="#">copago</a> /visita, sin <a href="#">deducible</a> por todas las demás visitas | Sin cargo por visitas relacionadas con salud mental/abuso de sustancias; 40% <a href="#">coseguro</a> por todas las demás visitas | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita hospitalización</b>           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                  | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                      | Servicios de nivel de costo adicional requieren un <a href="#">copago</a> de \$100 o un <a href="#">copago</a> de \$500, luego 20% <a href="#">coseguro</a> por Nivel II y Nivel III o 40% <a href="#">coseguro</a> por Nivel IV. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo. |
|                                              | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                  | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                            | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.modahealth.com](http://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                                                                                              | Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Sin cargo         | Sin cargo por visita al consultorio<br>10% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios ambulatorios             | Sin cargo por visita al consultorio<br>10% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios ambulatorios             | Sin cargo por visita al consultorio<br>40% <a href="#">coseguro</a> por otros servicios ambulatorios | El <a href="#">coseguro</a> del Plan puede aplicar a algunos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                            | Servicios para pacientes hospitalizados               | Sin cargo         | Sin cargo por programas de tratamiento residencial<br>10% <a href="#">coseguro</a> por todas las demás servicios | Sin cargo por programas de tratamiento residencial<br>10% <a href="#">coseguro</a> por todas las demás servicios | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                         | Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo.                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                | Sin cargo         | Sin cargo                                                                                                        | Sin cargo                                                                                                        | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                         | <a href="#">Costos compartidos</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según del tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . 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% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 20% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 10% <a href="#">coseguro</a>                                                                                     | 40% <a href="#">coseguro</a>                                                                         | 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](http://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          | Nivel IV (Fuera de la red) Proveedor |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a> | 20% <a href="#">coseguro</a> | 40% <a href="#">coseguro</a>         | 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 <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo. |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a> | 20% <a href="#">coseguro</a> | 40% <a href="#">coseguro</a>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | N/A               | 10% <a href="#">coseguro</a> | 10% <a href="#">coseguro</a> | 40% <a href="#">coseguro</a>         | Limitado a 120 días por año calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a> | 10% <a href="#">coseguro</a> | 40% <a href="#">coseguro</a>         | Incluye suministros y prótesis. Se puede necesitar una <a href="#">preautorización</a> . Si no se obtiene una <a href="#">preautorización</a> tiene como resultado un rechazo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin cargo         | 10% <a href="#">coseguro</a> | 10% <a href="#">coseguro</a> | 40% <a href="#">coseguro</a>         | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargo         | Sin cargo                    | Sin cargo                    | 40% <a href="#">coseguro</a>         | Examen preventivo es limitado 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                 | 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](http://www.modahealth.com)

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">Plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)                                                                             |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética, excepto como requerido para ciertas situaciones</li> <li>• Atención dental (adultos), excepto para lesiones relacionadas con accidentes</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad (excepto para visitas diagnósticos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Suministros naturópicos</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado rutinario ocular (adultos)</li> <li>• Cuidado rutinario de podología, con excepción para Diabéticos</li> <li>• Programas de adelgazamiento</li> </ul> |
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto</li> <li>• Acupuntura, hasta 20 visitas por año calendario</li> </ul>                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención quiropráctic, hasta 20 visitas por año calendario</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos auditivos, un aparato auditivo por oído cada 3 años</li> </ul>                                                                                                                     |

**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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? 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, kwijigo 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](http://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 el 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$750 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 10%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 10%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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)

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Costo total ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|----------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costos compartido                  |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$750           |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0*            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,200*        |
| Lo que no está cubierto            |                 |
| Límites o exclusiones              | \$50            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,000*</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$750 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 10%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 10%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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)

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <b>Costo total ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|----------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costos compartido                     |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$60           |
| <a href="#">Coseguro</a>              | \$1,700        |
| Lo que no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones                 | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría sería</b> | <b>\$2,480</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$750 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 10%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 10%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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](#) (fisioterapia)

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <b>Costo total ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|----------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costos compartido                     |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$750          |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>              | \$100          |
| Lo que no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría sería</b> | <b>\$1,150</b> |

\*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.