

2024 Resumen de beneficios del plan médico



● Moda Health Beacon Silver 3500

| | Lo que paga usted dentro de la red | Lo que paga usted fuera de la red |
|---|--|-----------------------------------|
| Costos por año calendario | | |
| Deducible por persona | \$3,500 | Sin cobertura |
| Deducible por familia | \$7,000 | Sin cobertura |
| Desembolso máximo por persona | \$8,600 | Sin cobertura |
| Desembolso máximo por familia | \$17,200 | Sin cobertura |
| Atención y servicios | | |
| Visita de atención preventiva | \$0/visita | Sin cobertura |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) ¹ | \$30/visita | Sin cobertura |
| Visita al consultorio del especialista | \$65/visita | Sin cobertura |
| Visita de atención urgente | \$65/visita | Sin cobertura |
| Visita de atención virtual - CirrusMD | \$0/visita | Sin cobertura |
| Otros proveedores | \$10/visita | Sin cobertura |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico | 35% después del deducible | Sin cobertura |
| Visita a la sala de emergencias | 35% después del deducible | 35% después del deducible |
| Ambulancia | 35% después del deducible | 35% después del deducible |
| Atención hospitalaria/ambulatoria | 35% después del deducible | Sin cobertura |
| Visita ambulatoria por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias | \$30/visita | Sin cobertura |
| Visita de terapia física, ocupacional o del habla | \$65/visita | Sin cobertura |
| Servicios de acupuntura, masoterapia y manipulación vertebral | \$30/visita | Sin cobertura |
| Atención dental para niños incluida | Sin cobertura | Sin cobertura |
| Examen de la visión para niños | \$30/visita | Sin cobertura |
| Accesorios de la visión para niños | 35% después del deducible | Sin cobertura |
| Medicamentos recetados² | | |
| De valor | \$2 | \$2 |
| Seleccionados | \$20 | \$20 |
| Preferidos | 40% | 40% |
| No preferidos | 50% después del deducible | 50% después del deducible |
| De especialidad preferidos | 40% | Sin cobertura |
| De especialidad no preferidos | 50% después del deducible | Sin cobertura |
| Características | | |
| Nivel de metal | ● Silver | |
| Intercambio | Sí y No | |
| Red de proveedores | Beacon | |
| Red para viajes | Aetna PPO | |
| Área de servicio | Clackamas, Clatsop, Columbia, Coos, Curry, Hood River, Jackson, Josephine, Multnomah, Tillamook, Wasco, Washington, Yamhill, | |
| Beneficios adicionales (sin cobertura fuera de la red) | Ninguno | |

¹ Primeras 3 consultas (incluidas las consultas presenciales o virtuales para atención primaria y las visitas al consultorio para salud mental o trastorno por abuso de sustancias): \$5/consulta.

² Un copago por 30 días de suministro. Máximo de \$85 por suministro de 30 días de insulina.

Limitaciones

- Acupuntura: Se limita a 12 consultas por año.
- Se requiere la autorización de Moda Health para todas las admisiones médicas y quirúrgicas, y para algunos medicamentos y servicios para pacientes ambulatorios.
- Biorretroalimentación: Solo para dolores de cabeza por tensión o migraña, o incontinencia urinaria. Se limita a 10 consultas de por vida.
- Coordinación de beneficios: Cuando usted tiene más de un plan de salud, los beneficios combinados de todos los planes se limitan al monto máximo permitido del plan para todos los servicios cubiertos. Cuando Medicare paga un gasto, el beneficio se reduce según el monto que pagó Medicare.
- Audífonos: Una vez cada 3 años. Pruebas de audición: Dos veces al año para menores de 4 años y una vez al año a partir de los 4 años de edad.
- Cuidado de descanso y paliativo: Se limita a 30 días de por vida, hasta 5 días consecutivos.
- Terapia de infusión: Para algunos medicamentos debe acudir a un proveedor autorizado. Es posible que el entorno ambulatorio de hospital no tenga cobertura.
- Medicamentos con receta: Suministro para 30 días en farmacias minoristas estándar y en la mayoría de las farmacias de especialidad. Suministro para 90 días en farmacias minoristas participantes y con servicios por correo.
- Atención preventiva: Es posible que se aplique el costo compartido para los servicios no exigidos en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles.
- Rehabilitación y habilitación: Se limita a 30 días como paciente hospitalizado y a 30 sesiones como paciente ambulatorio por año calendario. Hasta 60 días de rehabilitación adicional por un traumatismo craneal agudo o una lesión de la médula espinal, o 60 sesiones para tratar enfermedades neurológicas. Los servicios de rehabilitación y habilitación tienen límites por separado.
- Centro de enfermería especializada: Se limita a 60 días por año.
- Manipulación vertebral: Se limita a 20 consultas por año.
- Para reunir los requisitos para la cobertura, los trasplantes deben llevarse a cabo en un centro de trasplantes autorizado.
- Examen de la vista y anteojos o lentes de contacto: Se limitan a una vez por año para los miembros menores de 19 años.

Exclusiones

- Atención fuera de los Estados Unidos que no sea de emergencia.
- Cargos que superen el monto máximo permitido del plan.
- Servicios correccionales, como hogares protegidos y tratamientos de control de la ira o para delincuentes sexuales dictados por un tribunal.
- Servicios y suministros cosméticos (a excepción de la cirugía reconstructiva, si es médicamente necesaria y no se excluye específicamente).
- Cuidados básicos.
- Exámenes y tratamientos dentales, salvo por las lesiones accidentales.
- Tratamientos experimentales o en investigación.
- Tratamiento para la infertilidad (servicios o suministros, incluso para revertir un procedimiento de esterilización).
- Lesiones producidas por practicar actividades deportivas profesionales o participar en estas.
- Programas de instrucción, excepto con el beneficio de instrucción para pacientes ambulatorios con diabetes.
- Masaje o terapia de masajes.
- Suministros naturopáticos, incluidos los medicamentos, las sustancias o los dispositivos herbarios, naturopáticos u homeopáticos y cualquier otro suplemento que no requiera receta.
- Obesidad (todos los servicios y suministros, excepto los que se requieren en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles).
- Servicios y suministros opcionales, incluidos los destinados al confort, la comodidad, la educación o el control ambiental, y el tratamiento que no sea médicamente necesario.
- Cirugía ortognática, excepto cuando sea médicamente necesaria para reparar una lesión accidental o para tratar el cáncer.
- La atención fuera de la red, excepto los servicios de emergencia, los servicios de farmacias minoristas y los servicios en un centro dentro de la red cuando no tenga la opción de elegir a un proveedor dentro de la red.
- Autotratamiento. Servicios que usted se presta a sí mismo o servicios prestados por un familiar cercano (que no sea el proveedor dental).
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, del estado, de la ciudad o del condado, excepto Medicaid.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- Cirugía de la vista para corregir o reducir la visión corta, dificultad para ver de lejos o astigmatismo.
- Un examen de la vista para adultos por año.

Este documento se ofrece únicamente con fines informativos y está diseñado para consultar rápidamente los beneficios del plan de Moda Health. No se considera un *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* ni un sustituto de un *SBC*. Para conocer los costos y detalles adicionales de la

cobertura, como las exclusiones, las reducciones o limitaciones y los términos en virtud de los cuales la póliza puede continuar en vigencia, comuníquese con el agente o con Moda Health.

Este es un resumen de los beneficios del plan de salud y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato.