

# Resumen de beneficios del plan médico para 2023



## ● Moda Select Silver 6400 (\$0 Virtual Care \$2 Rx Value Tier) – Limited Value

	Con un proveedor de atención médica indígena (IHCP), usted paga	Dentro de la red, con un proveedor no ICHP, usted paga	Fuera de la red, con un proveedor no ICHP, usted paga
<b>Costos por año calendario</b>			
Deducible por persona	\$0	\$6,400	Sin cobertura
Deducible por familia	\$0	\$12,800	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$0	\$7,400	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$0	\$14,800	Sin cobertura
<b>Atención y servicios</b>			
Consulta de atención preventiva	\$0	\$0/consulta	Sin cobertura
Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	\$35/consulta	Sin cobertura
Consulta al especialista	\$0	\$70/consulta	Sin cobertura
Consulta de atención de urgencia	\$0	\$70/consulta	Sin cobertura
Consulta de atención virtual	\$0	\$25/consulta	Sin cobertura
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios	\$0	35% después del deducible	Sin cobertura
Consulta en la sala de emergencias	\$0	50% después del deducible	50% después del deducible
Ambulancia	\$0	35% después del deducible	35% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	\$0	35% después del deducible	Sin cobertura
Consulta de salud mental/ por abuso de sustancias	\$0	\$35/consulta	Sin cobertura
Consulta de fisioterapia, terapias ocupacional o del habla; manipulación vertebral	\$0	\$70/consulta	Sin cobertura
Atención dental integrada para pacientes pediátricos	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para pacientes pediátricos	\$0	\$0/consulta	Sin cobertura
Accesorios de la vista para pacientes pediátricos	\$0	0%	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos	\$0	\$10/consulta	Sin cobertura
<b>Medicamentos con receta<sup>1</sup></b>			
Value	\$0	\$2	\$2
Select	\$0	\$20	\$20
Preferidos	\$0	40%	40%
No preferidos	\$0	50% después del deducible	50% después del deducible
Preferidos de especialidad	\$0	40%	Sin cobertura
No preferidos de especialidad	\$0	50% después del deducible	Sin cobertura
<b>Características</b>			
Nivel de metal	● Silver		
Mercado de seguros de salud	Dentro		
Red de proveedores	Moda Select		
Área de servicio	Condados de Hays, Travis, Williamson		

1. Un copago para un suministro de 30 días. El costo compartido máximo de insulina por cada surtido de 30-días es de \$25.

## Limitaciones

- Se requiere la autorización de Moda Health para todas las admisiones médicas y quirúrgicas y para algunos medicamentos y servicios para pacientes ambulatorios.
- La biorretroalimentación se limita a 10 consultas de por vida para dolores de cabeza por tensión o migraña.
- Coordinación de beneficios: Cuando un miembro 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.
- Los audífonos están cubiertos una vez cada 36 meses. El examen de audición está cubierto una vez por año.
- Terapia de infusión: Para algunos medicamentos, es necesario consultar a un proveedor de medicamentos preferido a fin de cumplir los requisitos para la cobertura.
- Medicare: Se descontarán de los beneficios los montos correspondientes a todos los gastos que se paguen en virtud de Medicare (o que se habrían pagado en virtud de la Parte B de Medicare si el miembro hubiese estado inscrito en Medicare).
- Medicamentos del nivel de marca: Si los miembros usan un medicamento de marca y hay un equivalente genérico disponible, deberán pagar el costo compartido de medicamentos no preferidos, además de la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.
- Los medicamentos con receta se limitan a un suministro máximo de 30 días por receta en las farmacias minoristas y en la mayoría de las farmacias especializadas y un suministro de hasta 90 días por receta 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.
- Los beneficios de habilitación y rehabilitación (fisioterapia, terapias ocupacional o del habla, manipulación vertebral) incluyen límites independientes de 35 sesiones ambulatorias por año.
- La atención en un centro de enfermería especializada se limita a 25 días por año.
- Los trasplantes deben realizarse en las instalaciones de trasplante autorizadas para ser elegibles para la cobertura.
- El examen de la vista y los anteojos o lentes de contacto están cubiertos una vez por año para los miembros menores de 19 años.
- El examen de la vista para adultos está cubierto una vez por año.

## Exclusiones

- Aborto, excepto en el caso de una emergencia médica de una mujer embarazada.
- Acupuntura.
- Atención fuera de los Estados Unidos que no sea de urgencia ni de emergencia.
- Cargos que superen el monto máximo permitido del plan.
- Servicios y suministros cosméticos (a excepción de la cirugía reconstructiva, si es médicamente necesaria y no se excluye específicamente).
- Tratamiento para delinquentes sexuales dictado por un tribunal.
- Cuidados básicos.
- Exámenes y tratamientos dentales (a excepción de las lesiones accidentales).
- Tratamientos experimentales o en investigación.
- Curación por la fe.
- Tratamiento para la infertilidad (servicios o suministros, incluso para revertir un procedimiento de esterilización).
- Lesiones como resultado de la participación en eventos deportivos profesionales o la práctica de estas actividades.
- Programas de instrucción, excepto en virtud del beneficio de instrucción para pacientes ambulatorios con diabetes.
- Masaje o terapia de masajes.
- Suministros de naturopatía, incluidos medicamentos, sustancias o dispositivos herbarios u homeopáticos y cualquier otro suplemento no recetado.
- 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 reparar una lesión accidental o para el tratamiento del cáncer.
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, el estado, la ciudad o el condado, excepto Medicaid.
- Servicios indicados o prestados por el paciente o un familiar directo del paciente.
- Trastorno de articulación temporomandibular (TMJ).
- Cirugía de la vista para modificar las características refractivas del ojo.

Este documento se brinda solo para fines informativos y pretende servir como referencia rápida de los beneficios del plan de Moda Health. No se considera un *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* y no debe considerarse como su sustituto. Para conocer los costos y detalles adicionales de la cobertura, incluidas las exclusiones, las reducciones o las limitaciones y los términos en virtud de los cuales la póliza puede seguir en vigencia, comuníquese con su agente o con Moda Health.

[modahealth.com/texas](https://modahealth.com/texas)