

Resumen de beneficios del plan médico para 2023



● Moda Select Gold 2200 + Vision Exam – Zero Cost Share

	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
Costos por año calendario			
Deductible per person	\$0	\$0	\$0
Deductible per family	\$0	\$0	\$0
Desembolso máximo por persona	\$0	\$0	\$0
Desembolso máximo por familia	\$0	\$0	\$0
Atención y servicios			
Consulta de atención preventiva	\$0	\$0	\$0
Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	\$0	\$0
Consulta al especialista	\$0	\$0	\$0
Consulta de atención de urgencia	\$0	\$0	\$0
Consulta de atención virtual: CirrusMD	No corresponde	\$0	No corresponde
Otros proveedores	\$0	\$0	\$0
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios	\$0	\$0	\$0
Consulta en la sala de emergencias	\$0	\$0	\$0
Ambulancia	\$0	\$0	\$0
Atención hospitalaria/ambulatoria	\$0	\$0	\$0
Consulta ambulatoria de salud mental/por abuso de sustancias	\$0	\$0	\$0
Consulta de fisioterapia, terapias ocupacional o del habla	\$0	\$0	\$0
Servicios de manipulación vertebral	\$0	\$0	\$0
Atención dental integrada para pacientes pediátricos	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para pacientes pediátricos	\$0	\$0	\$0
Accesorios de la vista para pacientes pediátricos	\$0	\$0	\$0
Medicamentos con receta			
Value	\$0	\$0	\$0
Select	\$0	\$0	\$0
Preferidos	\$0	\$0	\$0
No preferidos	\$0	\$0	\$0
Preferidos de especialidad	\$0	\$0	\$0
No preferidos de especialidad	\$0	\$0	\$0
Características			
Nivel de metal	● Gold		
Mercado de seguros de salud	Dentro		
Red de proveedores	Moda Select		
Área de servicio de Moda Select	Condados de Ada, Adams, Bannock, Bingham, Boise, Canyon, Caribou, Elmore, Gem, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power and Washington		

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.
- 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.
- 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 para los niños que tienen ciertas afecciones.
- Los beneficios de hospitalización y rehabilitación para pacientes hospitalizados se limitan a \$2,000 por día para admisiones fuera de la red que no sean de emergencia.
- Terapia de infusión: Para algunos medicamentos, es necesario consultar a un proveedor autorizado a fin de cumplir los requisitos para la cobertura. Ciertos medicamentos no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio.
- 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).
- Los medicamentos con receta se limitan a un suministro máximo de 30 días por receta en la mayoría de las farmacias especializadas y un suministro de hasta 90 días por receta en las farmacias minoristas y por correo.
- Los beneficios de habilitación y rehabilitación incluyen límites independientes de 20 sesiones ambulatorias por año.
- La atención en un centro de enfermería especializada se limita a 30 días por año.
- La manipulación vertebral se limita a 18 consultas por año.
- 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, a menos que la vida de la madre esté en riesgo o el embarazo sea resultado de una violación o de incesto.
- 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 delincuentes 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.