

# Resumen de beneficios del plan médico para 2023



## ● Moda Select Silver 4800 (\$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   | \$4,800  | Sin cobertura   |
| Deducible por familia  | \$0   | \$9,600  | Sin cobertura   |
| Desembolso máximo por persona  | \$0   | \$7,850  | Sin cobertura   |
| Desembolso máximo por familia  | \$0   | \$15,700   | 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)