

2024 Resumen de beneficios del plan médico



● Moda Select Texas Standard Gold

| | Lo que paga usted dentro de la red | Lo que paga usted fuera de la red |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| Costos por año calendario | | |
| Deducible por persona | \$1,500 | Sin cobertura |
| Deducible por familia | \$3,000 | Sin cobertura |
| Desembolso máximo por persona | \$8,700 | Sin cobertura |
| Desembolso máximo por familia | \$17,400 | Sin cobertura |
| Atención y servicios | | |
| Visita de atención preventiva | \$0/visita | Sin cobertura |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) | \$30/visita | Sin cobertura |
| Visita al consultorio del especialista ¹ | \$60/visita | Sin cobertura |
| Visita de atención urgente | \$45/visita | Sin cobertura |
| Visita de atención virtual - CirrusMD | \$30/visita | N/A |
| Otros proveedores | \$30/visita | Sin cobertura |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico | 25% después del deducible | Sin cobertura |
| Visita a la sala de emergencias | 25% después del deducible | 25% después del deducible |
| Ambulancia | 25% después del deducible | 25% después del deducible |
| Atención hospitalaria/ambulatoria | 25% después del deducible | Sin cobertura |
| Visita ambulatoria por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias | \$30/visita | Sin cobertura |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico | 25% después del deducible | 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 | 0% | Sin cobertura |
| Accesorios de la visión para niños | 0% | Sin cobertura |
| Medicamentos recetados² | | |
| De valor | \$15 | \$15 |
| Seleccionados | \$15 | \$15 |
| Preferidos | \$30 | \$30 |
| No preferidos | \$60 | \$60 |
| De especialidad preferidos | \$250 | Sin cobertura |
| De especialidad no preferidos | \$250 | Sin cobertura |
| Características | | |
| Nivel de metal | ● Gold | |
| Intercambio | Sí | |
| Red de proveedores | Moda Select | |
| Red para viajes | First Health | |
| Área de servicio | Hays, Travis, Williamson | |

¹ El examen de la audición está sujeto a \$45/consulta.

² Los montos de los copagos son por suministro para 30 días. Insulina: costo compartido máximo de \$25 para un suministro de 30 días.

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, o para la incontinencia urinaria.
- 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. Cuando Medicare paga un gasto, el beneficio se reduce según el monto que pagó Medicare.
- Los audífonos están cubiertos una vez cada 3 años. Los exámenes de la audición están cubiertos una vez por año.
- Terapia de infusión: Se requiere obtener algunos medicamentos de proveedores preferidos a fin de cumplir los requisitos para la cobertura.
- Medicamentos con receta: Si se usa un medicamento de marca y hay un equivalente genérico disponible, el miembro deberá 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 de 30 días si se obtienen en una farmacia minorista estándar y en la mayoría de las farmacias especializadas, y a un suministro de 90 días si se obtienen en farmacias por correo y farmacias minoristas participantes. Para algunos medicamentos se requiere inscribirse en programas de un proveedor de farmacia exclusivo.
- Atención preventiva: Es posible que se aplique el costo compartido para los servicios no exigidos en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles.
- Beneficios de rehabilitación y habilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y manipulación vertebral) limitados a un máximo de 35 sesiones por año. Los límites para los servicios de rehabilitación y habilitación se aplican por separado.
- Se cubre la atención en un centro de enfermería especializada por un máximo de 25 días al año.
- Para reunir los requisitos para la cobertura, los trasplantes deben llevarse a cabo en centros de trasplantes autorizados.
- 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 se cubre una vez por año para los miembros mayores de 19 años.

Exclusiones

- Aborto, excepto en caso de que la mujer embarazada sufra una emergencia médica.
- Acupuntura.
- Atención fuera de los Estados Unidos que no sea 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).
- Servicios ordenados por un tribunal.
- 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 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, 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.
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, del estado, de la ciudad o del condado y que el miembro no esté obligado a pagar, excepto Medicaid.
- Servicios prestados por el paciente.
- Servicios prestados por un familiar directo del paciente.
- Trastorno de la articulación temporomandibular, todo servicio o suministro no quirúrgico ni de diagnóstico prestado para el tratamiento de la articulación temporomandibular y de todos los músculos y nervios relacionados o adyacentes.
- Cirugía de la vista para modificar las características refractivas del ojo.

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.

modahealth.com/texas