

# 2026 Resumen de beneficios del plan médico

## ● Moda Select Alaska Silver 4500 - AI/AN Limited

|                                                                                                                                                                                             | Con un proveedor de atención médica indígena (IHCP) usted paga | Beneficios de nivel 1 que paga usted | Beneficios de nivel 2 que paga usted | Beneficios de nivel 3 (fuera de la red) que paga usted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Costos por año calendario</b>                                                                                                                                                            |                                                                |                                      |                                      |                                                        |
| Deducible por persona                                                                                                                                                                       | \$0                                                            | \$4,500                              | \$6,000                              | \$18,000                                               |
| Deducible por familia                                                                                                                                                                       | \$0                                                            | \$9,000                              | \$12,000                             | \$36,000                                               |
| Desembolso máximo por persona                                                                                                                                                               | \$0                                                            | \$7,750                              | \$8,500                              | \$25,500                                               |
| Desembolso máximo por familia                                                                                                                                                               | \$0                                                            | \$15,500                             | \$17,000                             | \$51,000                                               |
| <b>Atención y servicios</b>                                                                                                                                                                 |                                                                |                                      |                                      |                                                        |
| Visita de atención preventiva<br><i>Niveles 1 y 2: Es posible que se aplique el costo compartido para los servicios no exigidos en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.</i> | 0%                                                             | \$0/visita                           | \$0/visita                           | 60% después del deducible                              |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)<br><i>Nivel 1: Primeras 2 visitas al consultorio: \$5, incluye consultas presenciales y virtuales</i>                        | 0%                                                             | \$30/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Visita al consultorio del especialista                                                                                                                                                      | 0%                                                             | \$60/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Visita de atención urgente                                                                                                                                                                  | 0%                                                             | \$60/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Visita de atención virtual                                                                                                                                                                  | 0%                                                             | \$20/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico                                                                                                             | 0%                                                             | 30% después del deducible            | 40% después del deducible            | 60% después del deducible                              |
| Visita a la sala de emergencias                                                                                                                                                             | 0%                                                             | 30% después del deducible            | 30% después del deducible            | 30% después del deducible                              |
| Ambulancia                                                                                                                                                                                  | 0%                                                             | 30% después del deducible            | 30% después del deducible            | 30% después del deducible                              |
| Atención hospitalaria/ambulatoria                                                                                                                                                           | 0%                                                             | 30% después del deducible            | 40% después del deducible            | 60% después del deducible                              |
| Visita al consultorio de salud conductual<br><i>Nivel 1: Primeras 2 visitas al consultorio: \$5.</i>                                                                                        | 0%                                                             | \$30/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Visita de terapia física, ocupacional o del habla                                                                                                                                           | 0%                                                             | \$60/visita                          | 40%                                  | 60% después del deducible                              |
| Acupuntura, manipulación vertebral y terapia de masajes                                                                                                                                     | 0%                                                             | \$30/visita                          | 40% después del deducible            | 60% después del deducible                              |
| Servicios dentales para menores de 19 años                                                                                                                                                  | 0%                                                             | Cubierto                             | Cubierto                             | Cubierto                                               |
| Examen de la vista para menores de 19 años                                                                                                                                                  | 0%                                                             | \$0/visita                           | \$0/visita                           | 50%                                                    |
| Accesorios de visión para menores de 19 años                                                                                                                                                | 0%                                                             | 0%                                   | 0%                                   | 50%                                                    |
| <b>Medicamentos recetados</b>                                                                                                                                                               |                                                                |                                      |                                      |                                                        |
|                                                                                                                                                                                             | Un copago para un suministro de 30 días.                       |                                      |                                      |                                                        |
| De valor                                                                                                                                                                                    | 0%                                                             | \$2                                  | \$2                                  | \$2                                                    |
| Seleccionados                                                                                                                                                                               | 0%                                                             | \$20                                 | \$20                                 | \$20                                                   |
| Preferidos                                                                                                                                                                                  | 0%                                                             | \$60                                 | \$60                                 | \$60                                                   |
| No preferidos                                                                                                                                                                               | 0%                                                             | 50% después del deducible            | 50% después del deducible            | 50% después del deducible                              |
| De especialidad preferidos                                                                                                                                                                  | 0%                                                             | 40% después del deducible            | 40% después del deducible            | Sin cobertura                                          |
| De especialidad no preferidos                                                                                                                                                               | 0%                                                             | 50% después del deducible            | 50% después del deducible            | Sin cobertura                                          |
| <b>Características</b>                                                                                                                                                                      |                                                                |                                      |                                      |                                                        |
| Nivel de metal                                                                                                                                                                              | ● Plata                                                        |                                      |                                      |                                                        |
| Intercambio                                                                                                                                                                                 | Dentro del intercambio                                         |                                      |                                      |                                                        |

# 2026 Resumen de beneficios del plan médico



|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare | Acreditable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Red                                               | Nivel 1 - Red Moda Select, Nivel 2 - Red First Choice en Alaska, Nivel 3 - Otros proveedores en Alaska, Servicios dentales - Red Premier de Delta Dental                                                                                                                                                                                       |
| Área de servicio                                  | Municipality of Anchorage, Fairbanks North Star Borough, Haines Borough, Kenai Peninsula Borough, Ketchikan Gateway, Matanuska-Susitna Borough, Petersburg Borough, Municipality of Skagway, City and Borough of Juneau, City and Borough of Sitka, City and Borough of Wrangell, Hoonah-Angoon Census Area, Prince of Wales-Hyder Census Area |
| Beneficios adicionales                            | Incluye examen de la audición, audífonos y servicios de la visión para adultos. Beneficio adicional por accidente: no hay costo compartido para ninguno de los niveles 1, 2, 3, máximo de \$1,000 en un período de 90 días.                                                                                                                    |

Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura (RBC) y el manual del miembro para conocer los requisitos, limitaciones y exclusiones del Plan. Este documento se proporciona únicamente con fines informativos y está dirigido a los productores autorizados y designados de Moda Health. No es un RBC y no debe considerarse un sustituto del mismo. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y el contrato, prevalecerá este último.