

# 2025 Resumen de beneficios del plan médico



## ● Moda Select Bronze 9200 + Vision Exam - AI/AN Limited

	Con un proveedor de atención médica indígena (IHCP), usted paga	Lo que paga usted dentro de la red	Lo que paga usted fuera de la red
<b>Costos por año calendario</b>			
Deducible por persona	\$0	\$9,200	\$18,400
Deducible por familia	\$0	\$18,400	\$36,800
Desembolso máximo por persona	\$0	\$9,200	\$92,000
Desembolso máximo por familia	\$0	\$18,400	\$184,000
<b>Atención y servicios</b>			
Visita de atención preventiva	0%	\$0/visita	60% después del deducible
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	0%	\$50/visita	60% después del deducible
Visita al consultorio del especialista	0%	\$125/visita	60% después del deducible
Visita de atención urgente	0%	\$125/visita	60% después del deducible
Visita de atención virtual - CirrusMD	N/A	\$0/visita	N/A
Otros proveedores	0%	\$40/visita	60% después del deducible
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	0%	\$75 por día por proveedor	60% después del deducible
Visita a la sala de emergencias	0%	0% después del deducible	0% después del deducible
Ambulancia	0%	0% después del deducible	0% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	0%	0% después del deducible	60% después del deducible
Visita al consultorio de salud conductual	0%	\$50/visita	60% después del deducible
Visita de terapia física, ocupacional o del habla	0%	0% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de manipulación vertebral	0%	\$125/visita	60% después del deducible
Servicios dentales para menores de 19 años	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la visión para menores de 19 años	0%	\$0/visita	60%
Accesorios de visión para menores de 19 años	0%	0%	60%
Examen de la visión para adultos	0%	\$10/visita	60%
<b>Medicamentos recetados<sup>1</sup></b>			
De valor	0%	\$2	\$2
Seleccionados	0%	\$20	\$20
Preferidos	0%	40%	40%
No preferidos	0%	50% después del deducible	50% después del deducible
De especialidad preferidos	0%	40%	40%
De especialidad no preferidos	0%	50% después del deducible	50% después del deducible
<b>Características</b>			
Nivel de metal	● Bronce Expandido		
Intercambio	Dentro del intercambio		
Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare	No Acreditable		
Red de proveedores	Moda Select		
Red de proveedores para atención fuera del estado	Red PPO de Aetna®		
Área de servicio	Ada, Adams, Bannock, Bear Lake, Benewah, Bingham, Boise, Bonneville, Canyon, Caribou, Cassia, Elmore, Franklin, Fremont, Gem, Jefferson, Kootenai, Madison, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Teton, and Washington		

1. Un copago 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.
- Medicamentos 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: Se requiere obtener algunos medicamentos de un proveedor autorizado a fin de cumplir los requisitos para la cobertura. Ciertos medicamentos no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio.
- 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.
- Atención preventiva: 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.
- 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 delinquentes sexuales dictado por un tribunal.
- Cuidados básicos.
- Exámenes y tratamientos dentales, salvo por 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 que no requiera receta.
- Obesidad (todos los servicios y suministros, excepto los que se requieren en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio).
- 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, excepto Medicaid.
- Servicios indicados o prestados por el paciente o un familiar directo del paciente.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- 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.