

# 2025 Resumen de beneficios del plan médico



## ● Moda Health Affinity Silver 6000

	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	\$6,000	Sin cobertura
Deducible por familia	\$12,000	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$7,800	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$15,600	Sin cobertura
<b>Atención y servicios</b>		
Visita de atención preventiva	\$0/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) <sup>1</sup>	\$15/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del especialista	\$70/visita	Sin cobertura
Visita de atención urgente	\$70/visita	Sin cobertura
Visita de atención virtual – CirrusMD	\$0/visita	Sin cobertura
Otros proveedores <sup>1</sup>	\$10/visita	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	20% después del deducible	Sin cobertura
Visita a la sala de emergencias	20% después del deducible	20% después del deducible
Ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	20% después del deducible	Sin cobertura
Visita al consultorio de salud conductual <sup>1</sup>	\$15/visita	Sin cobertura
Visita de terapia física, ocupacional o del habla	\$70/visita	Sin cobertura
Servicios de acupuntura y manipulación vertebral	\$15/visita	Sin cobertura
Servicios dentales para menores de 19 años	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para menores de 19 años	\$0/visita	Sin cobertura
Accesorios de visión para menores de 19 años	0%	Sin cobertura
Examen de la visión para adultos	\$15/visita	Sin cobertura
<b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b>		
De valor	\$2	\$2
Seleccionados	\$20	\$20
Preferidos	40%	40%
No preferidos	50% después del deducible	50% después del deducible
De especialidad preferidos	40%	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	50% después del deducible	Sin cobertura
<b>Características</b>		
Nivel de metal	● Plata	
Intercambio	Dentro y fuera del intercambio	
Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare	No Acreditable	
Red de proveedores	Affinity	
Red de viajes	Aetna® PPO	
Área de servicio	En todo el estado	
Beneficios adicionales (no cubierto fuera de la red)	Examen de la vista para adultos	

<sup>1</sup> Primeras 3 consultas (incluidas las consultas presenciales o virtuales para atención primaria y las visitas al consultorio para salud conductual): \$5/consulta

<sup>2</sup> Un copago por 30 días de suministro. Máximo de \$35 por suministro de 30 días de insulina.

## Limitaciones

- Acupuntura: Se limita a 12 consultas por año.
- Se requiere la autorización de Moda Health para todas las admisiones médicas y quirúrgicas, y para algunos medicamentos y servicios para pacientes ambulatorios.
- Biorretroalimentación: Solo para dolores de cabeza por tensión o migraña, o incontinencia urinaria. Se limita a 10 consultas de por vida.
- Coordinación de beneficios: Cuando usted 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.
- Audífonos: Una vez cada 3 años. Pruebas de audición: Dos veces al año para menores de 4 años y una vez al año a partir de los 4 años de edad.
- Cuidado de descanso y paliativo: Se limita a 30 días de por vida, hasta 5 días consecutivos.
- Terapia de infusión: Para algunos medicamentos debe acudir a un proveedor autorizado. Es posible que el entorno ambulatorio de hospital no tenga cobertura.
- Medicamentos con receta: Suministro para 30 días en farmacias minoristas estándar y en la mayoría de las farmacias de especialidad. Suministro para 90 días en farmacias minoristas participantes y con servicios 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.
- Rehabilitación y habilitación: Se limita a 30 días como paciente hospitalizado y a 30 sesiones como paciente ambulatorio por año calendario. Hasta 60 días de rehabilitación adicional por un traumatismo craneal agudo o una lesión de la médula espinal, o 60 sesiones para tratar enfermedades neurológicas. Los servicios de rehabilitación y habilitación tienen límites por separado.
- Centro de enfermería especializada: Se limita a 60 días por año.
- Manipulación vertebral: Se limita a 20 consultas por año.
- Para reunir los requisitos para la cobertura, los trasplantes deben llevarse a cabo en un centro de trasplantes autorizado.
- Examen de la vista y anteojos o lentes de contacto: Se limitan a una vez por año para los miembros menores de 19 años.
- Un examen de la vista para adultos por año.

## Exclusiones

- Atención fuera de los Estados Unidos que no sea de emergencia.
- Cargos que superen el monto máximo permitido del plan.
- Servicios correccionales, como hogares protegidos y tratamientos de control de la ira o para delincuentes sexuales dictados por un tribunal.
- Servicios y suministros cosméticos (a excepción de la cirugía reconstructiva, si es médicamente necesaria y no se excluye específicamente).
- 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 producidas por practicar actividades deportivas profesionales o participar en estas.
- Programas de instrucción, excepto con el beneficio de instrucción para pacientes ambulatorios con diabetes.
- Masaje o terapia de masajes.
- Suministros naturopáticos, incluidos los medicamentos, las sustancias o los 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 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.
- La atención fuera de la red, excepto los servicios de emergencia, los servicios de farmacias minoristas y los servicios en un centro dentro de la red cuando no tenga la opción de elegir a un proveedor dentro de la red.
- Autotratamiento. Servicios que usted se presta a sí mismo o servicios prestados por un familiar cercano (que no sea el proveedor dental).
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, del estado, de la ciudad o del condado, excepto Medicaid.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- Cirugía de la vista para corregir o reducir la visión corta, dificultad para ver de lejos o astigmatismo.

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.