

# 2025 Resumen de beneficios del plan médico



## ● Moda Select Bronze 8700 (\$0 Virtual Urgent Care through CirrusMD) - 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	\$8,700	Sin cobertura
Deducible por familia	\$0	\$17,400	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$0	\$8,700	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$0	\$17,400	Sin cobertura
<b>Atención y servicios</b>			
Visita de atención preventiva	0%	\$0/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	0%	\$85/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del especialista <sup>1</sup>	0%	\$120/visita	Sin cobertura
Visita de atención urgente	0%	\$120/visita	Sin cobertura
Visita de atención virtual - CirrusMD	N/A	\$0/visita	Sin cobertura
Otros proveedores	0%	\$75/visita	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	0%	0% después del deducible	Sin cobertura
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	Sin cobertura
Visita al consultorio por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias	0%	\$85/visita	Sin cobertura
Visita de terapia física, ocupacional o del habla y manipulación vertebral	0%	\$120/visita	Sin cobertura
Servicios dentales para menores de 19 años	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para menores de 19 años	0%	\$0/visita	Sin cobertura
Accesorios de visión para menores de 19 años	0%	0%	Sin cobertura
Examen de la visión para adultos	0%	\$10	Sin cobertura
<b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b>			
De valor	0%	\$2	\$2
Seleccionados	0%	\$25	\$25
Preferidos	0%	40% después del deducible	40% después del deducible
No preferidos	0%	50% después del deducible	50% después del deducible
De especialidad preferidos	0%	40% después del deducible	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	0%	50% después del deducible	Sin cobertura
<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 viajes	First Health		
Área de servicio	Hays, Travis, Williamson		

1 *dentro de la red*: 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 del Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- 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 de 19 años en adelante.

## 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 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 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.

*Moda Health ha recibido exenciones por adecuación de la red para nuestros planes. Para obtener más información sobre las exenciones por adecuación de la red, visite:*

[modahealth.com/texas/member/network-adequacy-waivers](https://modahealth.com/texas/member/network-adequacy-waivers)

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.