

2026 Medical plan benefit summary

● Moda Select Texas Standard Silver

	Lo que paga usted dentro de la red	Lo que paga usted fuera de la red
Costos por año calendario		
Deducible por persona	\$6,000	Sin cobertura
Deducible por familia	\$12,000	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$8,900	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$17,800	Sin cobertura
Atención y servicios		
Visita de atención preventiva	\$0 por visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	\$40 por visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del especialista <i>El examen de la audición está sujeto a \$45/consulta.</i>	\$80 por visita	Sin cobertura
Visita de atención urgente	\$60 por visita	Sin cobertura
Visita de atención virtual - CirrusMD	\$40 por visita	Sin cobertura
Otros proveedores	\$40 por visita	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	40% después del deducible	Sin cobertura
Visita a la sala de emergencias	40% después del deducible	40% después del deducible
Ambulancia	40% después del deducible	40% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	40% después del deducible	Sin cobertura
Visita al consultorio por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias	\$40 por visita	Sin cobertura
Visita de terapia física, ocupacional o del habla y manipulación vertebral	\$40 por visita	Sin cobertura
Servicios dentales para menores de 19 años	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para menores de 19 años	\$0 por visita	Sin cobertura
Accesorios de visión para menores de 19 años	0%	Sin cobertura
Examen de la visión para adultos	\$10 por visita	Sin cobertura
Medicamentos recetados	Los montos de los copagos son por suministro para 30 días. Insulina: costo compartido máximo de \$25 para un suministro de 30 días.	
De valor	\$20	\$20
Seleccionados	\$20	\$20
Preferidos	\$40	\$40
No preferidos	\$80 después del deducible	\$80 después del deducible
De especialidad preferidos	\$350 después del deducible	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	\$350 después del deducible	Sin cobertura
Características		
Nivel de metal	● Plata	
Intercambio	Dentro y fuera del intercambio	
Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare	Acreditable	
Red de proveedores	Moda Select	
Red de viajes	First Health	
Área de servicio	Hays, Travis, Williamson	

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.