

2024 Resumen de beneficios del plan médico



● Moda Pioneer Bronze 6500

	Beneficios de nivel 1 que paga usted	Beneficios de nivel 2 que paga usted	Beneficios de nivel 3 que paga usted
Costos por año calendario			
Deducible por persona	\$6,500	\$7,500	\$22,500
Deducible por familia	\$13,000	\$15,000	\$45,000
Desembolso máximo por persona	\$9,000	\$9,000	\$27,000
Desembolso máximo por familia	\$18,000	\$18,000	\$54,000
Atención y servicios			
Visita de atención preventiva ¹	\$0/visita	\$0/visita	50% después del deducible
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) ²	\$45/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Visita al consultorio del especialista	\$75/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Visita de atención urgente	\$75/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Visita de atención virtual	\$35/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	30% después del deducible	50% después del deducible	60% después del deducible
Visita a la sala de emergencias	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
Ambulancia	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	30% después del deducible	50% después del deducible	60% después del deducible
Visita al consultorio por cuestiones de salud mental/dependencia de sustancias químicas ³	\$45/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Otros servicios ambulatorios por cuestiones de salud mental/dependencia de sustancias químicas	30% después del deducible	50% después del deducible	60% después del deducible
Visita de terapia física, ocupacional o del habla	\$75/visita	40% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de acupuntura y manipulación vertebral	\$45/visita	50% después del deducible	60% después del deducible
Atención dental para niños incluida	Cobertura	Cobertura	Cobertura
Examen de la visión para niños	\$0/visita	\$0/visita	50%
Accesorios de la visión para niños	0%	0%	50%
Medicamentos recetados⁴			
De valor	\$2	\$2	\$2
Seleccionados	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
Preferidos	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
No preferidos	45% después del deducible	45% después del deducible	45% después del deducible
De especialidad preferidos	35% después del deducible	35% después del deducible	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	45% después del deducible	45% después del deducible	Sin cobertura
Características			
Nivel de metal	● Expanded Bronze		
Intercambio	Sí y No		
Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare	No		
Área de servicio	Nivel 1 – Pioneer network, Nivel 2 – First Choice network in Alaska, Nivel 3 – Otros proveedores en Alaska, Servicios Dentales – Delta Dental Premier		
Red	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 audición/audífono y visión para adultos. Beneficio adicional por accidente: no hay costo compartido para ninguno de los 3 niveles, máximo de \$1,000 en un período de 90 días.		

- 1 Niveles 1 y 2: Es posible que se aplique el costo compartido para los servicios no exigidos en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles.
- 2 Primeras 2 visitas al consultorio: \$5, incluye consultas presenciales y virtuales.
- 3 Primeras 2 visitas al consultorio: \$5, incluye visitas al consultorio para salud mental o trastorno por abuso de sustancias.
- 4 Un copago para un suministro de 30 días.

Limitaciones

- Los servicios de acupuntura, terapia de masajes y servicios de manipulación vertebral se limitan a 24 visitas por año calendario.
- Se requiere la autorización de Moda Health para todas las admisiones médicas y quirúrgicas, y para algunos medicamentos y servicios para pacientes ambulatorios.
- Coordinación de beneficios: Cuando un miembro tiene más de una cobertura de salud, los beneficios combinados de todos los planes se limitan al monto máximo permitido del plan para todos los servicios cubiertos.
- Cobertura dental: Se limita a miembros menores de 19 años. Se aplican límites de frecuencia. La ortodoncia se limita a los miembros menores de 19 años solo en casos médicamente necesarios.
- Los exámenes de la audición tienen cobertura una vez cada 3 años calendario. Los audífonos tienen cobertura una vez cada 3 años calendario, máximo de \$3,000.
- La atención domiciliar se limita a 130 visitas por año calendario.
- Los beneficios de cuidado paliativo se limitan a 10 días de atención hospitalaria y a 240 horas de cuidado de descanso.
- Los servicios de rehabilitación y la atención de dolores crónicos para pacientes hospitalizados se limita a 30 días por año calendario; los beneficios de rehabilitación y habilitación para pacientes ambulatorios se limitan a 45 sesiones por año calendario (el límite no se aplica a los miembros con trastornos del espectro autista). Los límites para los servicios de rehabilitación y habilitación se aplican por separado.
- Medicamentos con receta, suministro máximo de 90 días en farmacia minorista y con servicios por correo, y suministro de 30 días en farmacia especializada para la mayoría de los medicamentos.
- La atención en un centro de enfermería especializada se limita a 60 días por año calendario.
- Los medicamentos de especialidad se deben obtener en farmacias de especialidad designadas por Moda.
- Para reunir los requisitos para la cobertura, los trasplantes deben llevarse a cabo en un centro de excelencia (Center of Excellence) exclusivo. El transporte de ida y vuelta y el alojamiento tienen un límite de \$7,500 por trasplante.
- El examen de la vista y los anteojos o lentes de contacto tienen cobertura una vez por año calendario para miembros menores de 19 años.
- El examen de la vista y los anteojos o lentes de contacto tienen cobertura una vez por año calendario para miembros de 19 años en adelante. Cobertura de un par de marcos para anteojos cada 2 años.

Exclusiones

- 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 después de una mastectomía y ciertas complicaciones de las cirugías reconstructivas cuyo tratamiento es médicamente necesario).
- Servicios ordenados por un tribunal, salvo cuando son médicamente necesarios.
- Cuidados básicos.
- Exámenes y tratamientos dentales para mayores de 18 años (a excepción de las lesiones accidentales).
- Tratamientos experimentales o en investigación, salvo los costos de rutina de los ensayos clínicos calificados.
- 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, salvo como se estipula en el beneficio de servicios de educación de salud.
- Discapacidad intelectual.
- Remedios homeopáticos y de naturopatía.
- Obesidad (todos los servicios y suministros, excepto los que se requieren en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles).
- 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.
- Trastornos de la personalidad.
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, del estado, de la ciudad o del condado, excepto Medicaid.
- Servicios prestados por el paciente o un familiar directo del paciente, que no sean servicios de un proveedor dental.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- Tratamiento de parafilias y trastornos de disfunción sexual.
- 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.