

# Resumen de beneficios del plan médico para 2023



## ● Moda Pioneer Alaska Standard Silver CSV0

|                                                                                   | Usted paga por los beneficios del nivel 1                                                                                                                                                                                                                                                             | Usted paga por los beneficios del nivel 2 | Usted paga por el nivel 3 (fuera de la red) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Costos por año calendario</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                             |
| Deducible por persona                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                       | \$0                                         |
| Deducible por familia                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                       | \$0                                         |
| Desembolso máximo por persona                                                     | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                       | \$0                                         |
| Desembolso máximo por familia                                                     | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                       | \$0                                         |
| <b>Atención y servicios</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                             |
| Consulta de atención preventiva <sup>1</sup>                                      | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)                                  | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Consulta al especialista                                                          | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Consulta de atención de urgencia                                                  | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Visita de atención virtual                                                        | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Consulta en la sala de emergencias                                                | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Ambulancia                                                                        | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios                             | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Consulta de salud mental o por abuso de sustancias                                | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología                                | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Acupuntura y servicios de manipulación vertebral                                  | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Atención dental pediátrica integrada                                              | Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sí                                        | Sí                                          |
| Examen de la vista pediátrico                                                     | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Accesorios de la vista pediátricos                                                | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| <b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                             |
| Value                                                                             | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Select                                                                            | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Preferidos                                                                        | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| No preferidos                                                                     | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | 0 %                                         |
| Preferidos de especialidad                                                        | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | Sin cobertura                               |
| No preferidos de especialidad                                                     | 0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 %                                       | Sin cobertura                               |
| <b>Características</b>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                             |
| Nivel de metal                                                                    | ● Silver                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                             |
| Mercado de seguros de salud                                                       | Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |                                             |
| Cobertura acreditable de la Parte D de Medicare                                   | Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |                                             |
| Red de proveedores                                                                | Pioneer                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                             |
| Red de viajes                                                                     | Aetna PPO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                             |
| Área de servicio                                                                  | Municipality of Anchorage, Fairbanks North Star, Haines, Kenai Peninsula, Ketchikan Gateway, Mat-Su, Petersburg y Municipality of Skagway Borough, City and Borough of Juneau, City and Borough of Sitka, City and Borough of Wrangell, Hoonah-Angoon Census Area y Prince of Wales-Hyder Census Area |                                           |                                             |
| Beneficios adicionales <sup>3</sup>                                               | Incluye servicios de la visión y audición obligatorios para adultos.                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                             |

<sup>1</sup> Atención preventiva exigida en virtud de la Ley de Cuidados Asequibles.

<sup>2</sup> Suministro para 90 días cuando se obtienen en una farmacia minorista o con servicios por correo. Los montos de los copagos son por suministro para 30 días. Algunos medicamentos requieren un procesamiento especial a través de un proveedor de farmacia exclusivo.

<sup>3</sup> Este plan incluye servicios de audición obligatorios. Para obtener más información, comuníquese con su representante comercial o de servicios.

## 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.
- Los audífonos tienen cobertura una vez cada 3 años calendario.
- 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 240 horas de cuidado de descanso.
- La atención del dolor crónico y de rehabilitación 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.
- La ortodoncia se limita a los hijos dependientes menores de 19 años solo en casos médicamente necesario.
- Medicamentos recetados, 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 hasta \$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.
- Atención de custodia.
- 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 solo tiene fines informativos. Fue diseñado como referencia rápida de los beneficios del plan de Moda Assurance Company. No se considera un *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* ni debe interpretarse como un sustituto de este documento. Para conocer los costos y detalles adicionales de la cobertura, incluidas las exclusiones, las reducciones o las limitaciones y los términos en virtud de los cuales la póliza puede seguir en vigencia, comuníquese con su agente de seguros o con Moda Assurance Company.

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.