

Resumen de beneficios del plan médico para 2023



● Moda Health Beacon Silver 2900 Direct

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted paga:
Costos por año calendario		
Deducible por persona	\$2,900	Sin cobertura
Deducible por familia	\$5,800	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$8,700	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$17,400	Sin cobertura
Atención y servicios		
Consulta de atención preventiva	\$0/consulta	Sin cobertura
Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)	\$35/consulta	Sin cobertura
Consulta al especialista	\$70/consulta	Sin cobertura
Consulta de atención de urgencia	\$70/consulta	Sin cobertura
Visita de atención virtual	\$10/consulta	Sin cobertura
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios	35 % después del deducible	Sin cobertura
Consulta en la sala de emergencias	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Ambulancia	35 % después del deducible	35 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios	35 % después del deducible	Sin cobertura
Consulta de salud mental o por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$35/consulta	Sin cobertura
Consulta de fisioterapia, fonoaudiología o terapia ocupacional	\$70/consulta	Sin cobertura
Acupuntura y servicios de manipulación vertebral	\$35/consulta	Sin cobertura
Atención dental pediátrica	\$0 por consulta para hacerse chequeos y limpiezas 35 % después del deducible por tratamiento	Sin cobertura
Examen de la vista pediátrico	\$35/consulta	Sin cobertura
Accesorios de la vista pediátricos	35 % después del deducible	Sin cobertura
Medicamentos recetados¹		
Value	\$2	\$2
Select	\$20	\$20
Preferidos	40 %	40 %
No preferidos	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Preferidos de especialidad	40 %	Sin cobertura
No preferidos de especialidad	50 % después del deducible	Sin cobertura
Características		
Nivel de metal	Silver	
Mercado de seguros de salud	No	
Red de proveedores	Beacon	
Red de viajes	Aetna PPO	
Área de servicio	Condados de Clackamas, Clatsop, Columbia, Coos, Curry, Hood River, Jackson, Josephine, Multnomah, Tillamook, Wasco, Washington y Yamhill	
Beneficios adicionales (sin cobertura fuera de la red)	Beneficio por accidente: Sin costo compartido para los primeros \$1,000 dentro de un plazo de 90 días	

¹ Un copago por 30 días de suministro. Máximo de \$80 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.
- Medicamentos del nivel de marca: Si usa un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico disponible, deberá pagar el costo compartido de los medicamentos no preferidos, además de la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.
- 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.
- Cobertura dental: Se limita a miembros menores de 19 años. Se aplican límites de frecuencia.
- 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.
- Medicare: Se descontarán de los beneficios los montos correspondientes a todos los gastos que se paguen en virtud de Medicare, o que se hubieran pagado en virtud de la Parte B de Medicare, si usted hubiese estado inscrito en Medicare.
- Medicamentos recetados: 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 de Cuidados Asequibles. Solo el examen de la mujer, la prueba de Papanicolau, la mamografía, el examen de la próstata y el examen de PSA tienen cobertura fuera de la red.
- 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 al 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.

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).
- Atención de custodia.
- Exámenes y tratamientos dentales, salvo por las lesiones accidentales y atención dental pediátrica.
- 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 no recetado.
- 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, excepto cuando sea médicamente necesaria para reparar una lesión accidental o para tratar el cáncer.
- Autotratamiento. Servicios que usted se presta a sí mismo o servicios prestados por un familiar cercano (salvo por el proveedor dental).
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, el estado, la ciudad o el 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 solo tiene fines informativos. Fue diseñado como referencia rápida de los beneficios del plan de Moda Health. 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 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.

[modahealth.com](https://www.modahealth.com)