

2026 Resumen de beneficios del plan médico

● Moda Health Oregon Standard Silver Affinity - 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
Costos por año calendario			
Deducible por persona	\$0	\$6,100	Sin cobertura
Deducible por familia	\$0	\$12,200	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$0	\$9,200	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$0	\$18,400	Sin cobertura
Atención y servicios			
Visita de atención preventiva	0%	\$0/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) <i>Para el nivel dentro de la red: Primeras 3 consultas (incluidas las consultas presenciales o virtuales para atención primaria y las visitas al consultorio para salud conductual): \$5/consulta.</i>	0%	\$40/visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del especialista	0%	\$100/visita	Sin cobertura
Visita de atención urgente	0%	\$70/visita	Sin cobertura
Visita de atención virtual – CirrusMD	N/A	\$40/visita	Sin cobertura
Otros proveedores	0%	\$40/visita	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	0%	30% después del deducible	Sin cobertura
Visita a la sala de emergencias	0%	30% después del deducible	30% después del deducible
Ambulancia	0%	30% después del deducible	30% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	0%	30% después del deducible	Sin cobertura
Visita al consultorio de salud conductual	0%	\$40/visita	Sin cobertura
Visita de terapia física, ocupacional o del habla	0%	\$40/visita	Sin cobertura
Servicios de acupuntura y manipulación vertebral	0%	\$40/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	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos recetados	Un copago por 30 días de suministro. Máximo de \$35 por suministro de 30 días de insulina.		
De valor	0%	\$15	\$15
Seleccionados	0%	\$15	\$15
Preferidos	0%	\$60	\$60
No preferidos	0%	50%	50%
De especialidad preferidos	0%	50%	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	0%	50%	Sin cobertura
Características			
Nivel de metal	● Plata		
Intercambio	Dentro del intercambio		
Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare	Acreditable		
Red de proveedores	Affinity		
Otra red	Aetna® PPO		
Área de servicio	En todo el estado		
Beneficios adicionales	Ninguno		

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.