

# 2026 Resumen de beneficios del plan médico

## ● Moda Select Texas Bronze 7500 - 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Costos por año calendario</b>                                                |                                                                                                                                     |                                    |                                   |
| Deducible por persona                                                           | \$0                                                                                                                                 | \$7,500                            | Sin cobertura                     |
| Deducible por familia                                                           | \$0                                                                                                                                 | \$15,000                           | Sin cobertura                     |
| Desembolso máximo por persona                                                   | \$0                                                                                                                                 | \$7,500                            | Sin cobertura                     |
| Desembolso máximo por familia                                                   | \$0                                                                                                                                 | \$15,000                           | Sin cobertura                     |
| <b>Atención y servicios</b>                                                     |                                                                                                                                     |                                    |                                   |
| Visita de atención preventiva                                                   | 0%                                                                                                                                  | \$0 por visita                     | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)                  | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio del especialista                                          | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita de atención urgente                                                      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita de atención virtual - CirrusMD                                           | N/A                                                                                                                                 | 0%                                 | Sin cobertura                     |
| Otros proveedores                                                               | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita a la sala de emergencias                                                 | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 0% después del deducible          |
| Ambulancia                                                                      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 0% después del deducible          |
| Atención hospitalaria/ambulatoria                                               | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| Visita de terapia física, ocupacional o del habla y manipulación vertebral      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 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%                                 | Sin cobertura                     |
| Accesorios de visión para menores de 19 años                                    | 0%                                                                                                                                  | 0%                                 | Sin cobertura                     |
| Examen de la visión para adultos                                                | 0%                                                                                                                                  | 0%                                 | Sin cobertura                     |
| <b>Medicamentos recetados</b>                                                   |                                                                                                                                     |                                    |                                   |
|                                                                                 | 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                                                                        | 0%                                                                                                                                  | 0%                                 | 0%                                |
| Seleccionados                                                                   | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 0% después del deducible          |
| Preferidos                                                                      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 0% después del deducible          |
| No preferidos                                                                   | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | 0% después del deducible          |
| De especialidad preferidos                                                      | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| De especialidad no preferidos                                                   | 0%                                                                                                                                  | 0% después del deducible           | Sin cobertura                     |
| <b>Características</b>                                                          |                                                                                                                                     |                                    |                                   |
| Nivel de metal                                                                  | ● Bronce Expandido                                                                                                                  |                                    |                                   |
| Intercambio                                                                     | Dentro del intercambio                                                                                                              |                                    |                                   |
| Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare                               | No 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.