

2026 Medical plan benefit summary

● Moda Select Texas Standard Bronze

	Lo que paga usted dentro de la red	Lo que paga usted fuera de la red
Costos por año calendario		
Deducible por persona	\$7,500	Sin cobertura
Deducible por familia	\$15,000	Sin cobertura
Desembolso máximo por persona	\$10,000	Sin cobertura
Desembolso máximo por familia	\$20,000	Sin cobertura
Atención y servicios		
Visita de atención preventiva	\$0 por visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	\$50 por visita	Sin cobertura
Visita al consultorio del especialista <i>El examen de la audición está sujeto a \$45/consulta.</i>	\$100 por visita	Sin cobertura
Visita de atención urgente	\$75 por visita	Sin cobertura
Visita de atención virtual - CirrusMD	\$50 por visita	Sin cobertura
Otros proveedores	\$50 por visita	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	50% después del deducible	Sin cobertura
Visita a la sala de emergencias	50% después del deducible	50% después del deducible
Ambulancia	50% después del deducible	50% después del deducible
Atención hospitalaria/ambulatoria	50% después del deducible	Sin cobertura
Visita al consultorio por cuestiones de salud mental/consumo de sustancias	\$50 por visita	Sin cobertura
Visita de terapia física, ocupacional o del habla y manipulación vertebral	\$50 por visita	Sin cobertura
Servicios dentales para menores de 19 años	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen de la vista para menores de 19 años	\$0 por visita	Sin cobertura
Accesorios de visión para menores de 19 años	0%	Sin cobertura
Examen de la visión para adultos	\$10 por visita	Sin cobertura
Medicamentos recetados	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	\$25	\$25
Seleccionados	\$25	\$25
Preferidos	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible
No preferidos	\$100 después del deducible	\$100 después del deducible
De especialidad preferidos	\$500 después del deducible	Sin cobertura
De especialidad no preferidos	\$500 después del deducible	Sin cobertura
Características		
Nivel de metal	● Bronce Expandido	
Intercambio	Dentro y fuera 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.