

# Resumen de beneficios del plan médico para 2023



## ● Moda Select Silver 6400 + Vision Exam - Zero Cost Share

|   | Con un proveedor de atención médica indígena (IHCP), usted paga  | Dentro de la red, con un proveedor no ICHP, usted paga | Fuera de la red, con un proveedor no ICHP, usted paga |
|---|--|--|---|
| <b>Costos por año calendario</b>  |  |  |   |
| Deductible per person   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Deductible per family   | \$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   | \$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   |
| Consulta de atención virtual: CirrusMD  | No corresponde   | \$0  | No corresponde  |
| Otros proveedores   | \$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 hospitalaria/ambulatoria   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Consulta ambulatoria de salud mental/por abuso de sustancias                      | \$0  | \$0  | \$0   |
| Consulta de fisioterapia, terapias ocupacional o del habla                        | \$0  | \$0  | \$0   |
| Servicios de manipulación vertebral   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Atención dental integrada para pacientes pediátricos                              | Sin cobertura  | Sin cobertura  | Sin cobertura   |
| Examen de la vista para adultos   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Examen de la vista para pacientes pediátricos                                     | \$0  | \$0  | \$0   |
| Accesorios de la vista para pacientes pediátricos                                 | \$0  | \$0  | \$0   |
| <b>Medicamentos con receta</b>  |  |  |   |
| Value   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Select  | \$0  | \$0  | \$0   |
| Preferidos  | \$0  | \$0  | \$0   |
| No preferidos   | \$0  | \$0  | \$0   |
| Preferidos de especialidad  | \$0  | \$0  | \$0   |
| No preferidos de especialidad   | \$0  | \$0  | \$0   |
| <b>Características</b>  |  |  |   |
| Nivel de metal  | ● Silver   |  |   |
| Mercado de seguros de salud   | Dentro   |  |   |
| Red de proveedores  | Moda Select  |  |   |
| Área de servicio de Moda Select   | Condados de Ada, Adams, Bannock, Bingham, Boise, Canyon, Caribou, Elmore, Gem, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power and Washington |  |   |

## Limitaciones

- Se requiere la autorización de Moda Health para todas las admisiones médicas y quirúrgicas y para algunos medicamentos y servicios para pacientes ambulatorios.
- La biorretroalimentación se limita a 10 consultas de por vida para dolores de cabeza por tensión o migraña.
- Medicamentos del nivel de marca: Si los miembros usan un medicamento de marca y hay un equivalente genérico disponible, deberán pagar el costo compartido de medicamentos no preferidos, además de la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.
- Coordinación de beneficios: Cuando un miembro 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.
- Los audífonos están cubiertos una vez cada 36 meses para los niños que tienen ciertas afecciones.
- Los beneficios de hospitalización y rehabilitación para pacientes hospitalizados se limitan a \$2,000 por día para admisiones fuera de la red que no sean de emergencia.
- Terapia de infusión: Para algunos medicamentos, es necesario consultar a un proveedor autorizado a fin de cumplir los requisitos para la cobertura. Algunos medicamentos no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio.
- Medicare: Se descontarán de los beneficios los montos correspondientes a todos los gastos que se paguen en virtud de Medicare (o que se habrían pagado en virtud de la Parte B de Medicare si el miembro hubiese estado inscrito en Medicare).
- Los medicamentos con receta se limitan a un suministro máximo de 30 días por receta en la mayoría de las farmacias especializadas y un suministro de hasta 90 días por receta en las farmacias minoristas y por correo.
- Los beneficios de habilitación y rehabilitación incluyen límites independientes de 20 sesiones ambulatorias por año.
- La atención en un centro de enfermería especializada se limita a 30 días por año.
- La manipulación vertebral se limita a 18 consultas por año.
- El examen de la vista y los anteojos o lentes de contacto están cubiertos una vez por año para los miembros menores de 19 años.
- El examen de la vista para adultos está cubierto una vez por año.

## Exclusiones

- Aborto, a menos que la vida de la madre esté en riesgo o el embarazo sea resultado de una violación o de incesto.
- Acupuntura.
- 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, si es médicamente necesaria y no se excluye específicamente).
- Tratamiento para delinquentes sexuales dictado por un tribunal.
- Cuidados básicos.
- Exámenes y tratamientos dentales (a excepción de las lesiones accidentales).
- Tratamientos experimentales o en investigación.
- Curación por la fe.
- Tratamiento para la infertilidad (servicios o suministros, incluso para revertir un procedimiento de esterilización).
- Lesiones como resultado de la participación en eventos deportivos profesionales o la práctica de estas actividades.
- Programas de instrucción, excepto en virtud del beneficio de instrucción para pacientes ambulatorios con diabetes.
- Masaje o terapia de masajes.
- Suministros de naturopatía, incluidos medicamentos, sustancias o dispositivos herbarios 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 reparar una lesión accidental o para el tratamiento del cáncer.
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, el estado, la ciudad o el condado, excepto Medicaid.
- Servicios indicados o prestados por el paciente o un familiar directo del paciente.
- Trastorno de articulación temporomandibular (TMJ).
- Cirugía de la vista para modificar las características refractivas del ojo.

Este documento se brinda solo para fines informativos y pretende servir como referencia rápida de los beneficios del plan de Moda Health. No se considera un *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* y no debe considerarse como su sustituto. 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 o con Moda Health.

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

