

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Noreste de Texas

Área de servicio: Bowie, Camp, Cass, Cherokee, Franklin, Gregg, Harrison, Henderson, Hopkins, Marion, Morris, Panola, Red River, Rusk, Smith, Titus, Upshur, Van Zandt, Wood

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información proporcionada sobre los beneficios no enumera cada servicio que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" llamando a Servicios para miembros o visitando nuestro sitio web.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted usa a los proveedores que no están en nuestra red, posiblemente no pagaremos esos servicios.

Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.

Para conocer más información, llámenos a la línea gratuita, 1-844-282-3026, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible de la Parte C	Sin deducible
Deducible de la Parte D	Sin deducible
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo No incluye los medicamentos con receta.	Usted no paga más de \$4,400 anuales. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Cobertura de hospital para paciente hospitalizado (Aguda)	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 5.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.
	Usted paga un copago de \$320 por día para los días 91 a 100.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	Usted paga un copago de \$318 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$325 por consulta.
Cobertura de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$325 por estadía.
Centro quirúrgico ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)	Usted paga un copago de \$255 por consulta.
Consultas con un médico de atención primaria	Usted paga un copago de \$0 por visita al consultorio y por visita de telesalud.
Consultas con el especialista	Usted paga un copago de \$25 por consulta. Usted paga un copago de \$0 por consulta de telesalud.
Atención preventiva (Como vacunas para la gripe, pruebas de detección de la diabetes, visitas de bienestar anuales)	Usted paga un copago de \$0. Otros servicios de prevención están disponibles. Existen algunos servicios cubiertos que tienen costo.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por consulta. Exento, si es hospitalizado en un plazo de 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios necesarios de urgencia	Usted paga un copago de \$35 por consulta. Usted paga un copago de \$75 por consulta (a nivel mundial).
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos y exámenes de diagnóstico (no radiológicos) ○ Servicios de laboratorio ○ Servicios de radiología diagnóstica (IRM, TC, TEP) ○ Radiografías como paciente ambulatorio 	Usted paga un copago de \$50 por lugar de servicio, por día. Usted paga un copago de \$0 por lugar de servicio, por día. Usted paga un copago de \$150 por lugar de servicio, por día. Usted paga un copago de \$25 por lugar de servicio, por día. Usted paga 20% de coseguro por lugar de servicio, por día.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia para el cáncer) ○ Sangre para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga un copago de \$150 por lugar de servicio, por día.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen cubierto por Medicare ○ Un examen anual de la audición de rutina ○ Audífonos ○ Adaptación/evaluación de audífonos, por audífono 	<p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por un examen auditivo de rutina, por año calendario.</p> <p>Hay una asignación de \$1,000 por oído, cada 2 años para la compra de audífonos por medio de Amplifon.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por adaptación/evaluación de audífonos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Máximo anual combinado preventivo e integral ○ Servicios dentales preventivos ○ Servicios dentales integrales 	<p>\$2,500</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen bucal periódico – 1 cada año ○ Radiografías dentales – 1 cada año ○ Profilaxis (limpiezas) – 1 cada 6 meses ○ Tratamiento con flúor – 1 cada seis meses <p>Usted paga un copago de \$25 por servicio, para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicio para diagnóstico, restauración, extracción, endodoncia, periodoncia, prótesis, prótesis dental, cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios no rutinarios.</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen ocular cubierto por Medicare ○ Equipo para la vista cubierto por Medicare 	<p>Usted paga un copago de \$0 por examen.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de la vista Equipo para la vista de rutina 	<p>Usted paga un copago de \$0 por examen.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 hasta una asignación de \$200 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Salud mental para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de telesalud para salud mental.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
Centro de enfermería especializada	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$164.50 por día, para los días 21 a 100.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p>
Servicios de terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje	Usted paga un copago de \$25 por consulta.
Ambulancia	Usted paga un copago de \$265 por trayecto en una sola dirección para transporte en ambulancia cubierto por Medicare.
Servicio	Usted paga un copago de \$0 para 24 viajes de ida y vuelta por año, a ubicaciones aprobadas por el plan. Hasta 100 millas por viaje en una sola dirección.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga hasta el 20% del costo para medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 para el suministro de insulina para un mes, proporcionado por medio de un artículo de DME.</p>

Beneficios adicionales	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
Servicios quiroprácticos <ul style="list-style-type: none"> Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Servicios quiroprácticos de rutina 	<p>Usted paga un copago de \$20 por visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por consulta. 36 consultas por año.</p>
Diálisis renal	Usted paga 20% de coseguro.

Beneficios adicionales	CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)
Productos de venta libre (OTC)	Usted recibe un beneficio trimestral de \$110 para productos de salud y bienestar de venta libre, disponibles a través de Convey.
Acondicionamiento físico	Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico de Silver & Fit®
Comidas a domicilio	Usted es elegible para recibir hasta 14 comidas a domicilio para hasta 7 días después de recibir el alta por una cirugía u hospitalización aguda.

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) Medicamentos con receta (Parte D)	
Fase del deducible	Debido a que no hay un deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.
Fase de cobertura inicial – Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año. Usted permanece en la fase de cobertura Inicial hasta que el total de sus costos de medicamentos del año alcance los \$5,030. Durante esta etapa, su gasto de bolsillo para insulinas seleccionadas será de \$35.	

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) Medicamentos con receta (Parte D)		
	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) suministro hasta para 30 días	Costo compartido estándar para pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga un copago de \$4	Usted paga un copago de \$0
Nivel 2: Genérico	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$0
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga un copago de \$47	Usted paga un copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga un copago de \$100	Usted paga un copago de \$300
Nivel 5: Especialidad	Usted paga 33% del costo	No está cubierto
Nivel 6 Medicamentos de atención selecta	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0
<p>Interrupción de la cobertura – Usted ingresa a la fase de interrupción de la cobertura cuando el total de sus costos de medicamentos del año alcance los \$5,030. Después de que entra a interrupción de la cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos para cualquier nivel de medicamentos durante la interrupción de la cobertura. Usted paga los mismos copagos que pagó en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos que se encuentren en el nivel 6, Medicamentos de especialidad o el 25% del costo, lo que sea menor. Para las insulinas, usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes.</p>		
<p>Fase de situaciones catastróficas – Una vez que sus gastos de bolsillo hayan alcanzado los \$8,000, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>		