

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata HD 87

Período de cobertura: 01/01/2024 – 31/12/2024

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura y costos, visite www.christushealthplan.org o llame al 1-844-282-3025.

| Deducibles Médicos y de Medicamentos Recetados y Límites de Costos de su Bolsillo | Costo Compartido del Miembro | |
|---|--|------------------------------|
| Deducible Médico - Individual | \$2,100 | |
| Deducible Médico - Familia | \$4,200 | |
| Deducible Farmacia - Individual | \$250 | |
| Deducible Farmacia - Familia | \$500 | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual | \$2,650, Medicina y Farmacia Combinadas | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia | \$5,300, Medicina y Farmacia Combinadas | |
| Exclusiones de Costos de su Bolsillo | No | |
| Límite Anual del Plan | No | |
| Requiere Red de Proveedores | Sí | |
| Requiere Referido a un Especialista | No | |
| Servicios No Cubiertos, consulte <i>Evidencia de Cobertura</i> | Sí | |
| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes | Proveedores No Participantes |
| Visitas al Médico de Atención Primaria | Copago de \$10 por visita después de las dos primeras visitas gratuitas, no aplica deducible | No cubierto |
| Visitas a un Especialista | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Visita como otro Profesional Médico | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Servicios Quiroprácticos | Copago de \$30 por visita después del deducible (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación) | No cubierto |
| Trastorno del Espectro Autista | Copago de \$10 por visita, no se aplica deducible | No cubierto |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones | Sin costo | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre) | Porcentaje de copago de 40% después del deducible | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X) | Copago de \$30 por visita, no se aplica deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes | Proveedores No Participantes |
|---|---|---|
| Imágenes (CT, PET, MRI) | Copago de \$400 por visita después del deducible | No cubierto |
| Genéricos Preferidos | Sin costo | No cubierto |
| Genéricos No Preferidos | Copago de \$5 por receta para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible (Costo compartido para un suministro de 90 días por pedido por correo es triple el costo compartido de un suministro estándar de 30 días) | No cubierto |
| Medicamentos de Marca Preferidos | Copago de \$60 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días (Costo compartido para un suministro de 90 días por pedido por correo es triple el costo compartido de un suministro estándar de 30 días) | No cubierto |
| Medicamentos No Preferidos | Copago de \$95 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días (Costo compartido para un suministro de 90 días por pedido por correo es triple el costo compartido de un suministro estándar de 30 días) | No cubierto |
| Medicamentos Especializados | 45% de porcentaje de copago, no aplica deducible | No cubierto |
| Pago de Centro Ambulatorio | 40% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio | 40% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Sala de Emergencias | Copago de \$950 por visita después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia | 40% de porcentaje de copago después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Atención (Cuidado) Urgente (Virtual) | Sin costo en los centros CHRISTUS No cubierto en centros que no pertenecen a CHRISTUS | No cubierto |
| Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados | Copago de \$950 por estadía después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Visita al consultorio: copago de \$20 por visita, no aplica deducible Centro ambulatorio: 40% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Copago de \$950 por estadía después del deducible | No cubierto |
| Atención Prenatal y Postnatal | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Servicios de Entrega y Hospitalización | Copago de \$950 por estadía después del deducible | No cubierto |
| Atención Médica en el Hogar | 40% de porcentaje de copago después del deducible (Límite de 60 visitas por año calendario) | No cubierto |
| Servicios de Rehabilitación | Copago de \$30 por visita después del deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica) | No cubierto |
| Servicios de Habilitación | Copago de \$30 por visita después del deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes | Proveedores No Participantes |
|---|---|------------------------------|
| Centro de Enfermería Especializada | 40% de porcentaje de copago después del deducible (Límite de 25 días por año calendario) | No cubierto |
| Equipo Médico Duradero | 40% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicio de Hospicio | 40% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Examen Ocular para Niños | Sin costo (límite de 1 examen por año) | No cubierto |
| Gafas para Niños | Sin costo (límite de 1 par por año) | No cubierto |
| Servicios Diagnósticos y Preventivos – Niño | Sin costo (1 limpieza y examen por límite de seis meses) | |
| Cuidado Dental Básico– Niño | 20% de porcentaje de copago | |
| Cuidado Dental Mayor – Niño | 50% de porcentaje de copago | |
| Ortodoncia – Niño | 50% de porcentaje de copago (Solo servicios médicamente necesarios; se requiere autorización previa) | |

- **Los copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- **El porcentaje de copago** es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitido** del plan para pasar la noche en el hospital es de \$1,000, el pago de su **porcentaje de copago conjunto** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si no ha cumplido con su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad permitida**, comuníquese con nosotros.
- Este plan puede alentarle a utilizar **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y montos de porcentaje de copago** más bajos.