

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata Estándar 94

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 General - Individual	\$0, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia	\$0, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	\$1,800, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	\$3,600, 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	Sin costo	No cubierto
Visitas a un Especialista	Copago de \$10 por visita	No cubierto
Visita como otro Profesional Médico	Copago de \$10 por visita	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Sin costo. (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Sin costo	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Medicamentos Genérico	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$15 por receta 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 \$50 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	Copago de \$150 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
Pago de Centro Ambulatorio	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Porcentaje de copago de 25%	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Porcentaje de copago de 25%	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Copago de \$5 por visita	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	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: Sin costo Centro ambulatorio: Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Copago de \$10 por visita	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Porcentaje de copago de 25% (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Sin costo (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilidadación	Sin costo	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	25% de porcentaje de copago (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	Porcentaje de copago de 25%	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Servicio de Hospicio	Porcentaje de copago de 25%	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 alentarlos a utilizar **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y montos de porcentaje de copago** más bajos.