

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Bronce Básico Limitado

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

Esto es sólo un resumen. Si desea más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener los términos completos en el documento del plan de póliza visitando al www.christushealthplan.org o llamando 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 con Proveedor de Atención Médica Indio (PAMI) o con referido de PAMI a proveedor no PAMI; \$9,450, Medicina y Farmacia Combinadas | | |
| Deducible General - Familia | \$0 con Proveedor de Atención Médica Indio (PAMI) o con referido de PAMI a proveedor no PAMI; \$18,900, Medicina y Farmacia Combinadas | | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual | \$9,450, Medicina y Farmacia Combinadas | | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia | \$18,900, 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 PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
| Visitas al Médico de Atención Primaria | Sin costo | Sin costo después del deducible. Las dos primeras visitas son gratuitas. | No cubierto |
| Visitas a un Especialista | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Visita como otro Profesional Médico | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Servicios Quiroprácticos | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Trastorno del Espectro Autista | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones | Sin costo | Sin costo. | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre) | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X) | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |
| Imágenes (CT, PET, MRI) | Sin costo | Sin costo después del deducible. | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Genéricos Preferidos | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Genéricos No Preferidos | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Medicamentos de Marca Preferidos | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Medicamentos No Preferidos | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Medicamentos Especializados | Sin costo | Sin costo después del deducible (No exceder los \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días) | No cubierto |
| Pago de Centro Ambulatorio | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Sala de Emergencias | Sin costo | Sin costo después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia | Sin costo | Sin costo después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Atención (Cuidado) Urgente (Virtual) | Sin costo | Sin costo en los centros CHRISTUS No cubierto en centros que no pertenecen a CHRISTUS | No cubierto |
| Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Atención Prenatal y Postnatal | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|--|---|--|--------------------------------------|
| Servicios de Entrega y Hospitalización | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Atención Médica en el Hogar | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Rehabilitación | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Habilitación | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Centro de Enfermería Especializada | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Equipo Médico Duradero | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicio de Hospicio | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Trastorno por Déficit de Atención | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Labio Leporino/ Paladar Hendido | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Anestesia Dental | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Beneficios de la Cirugía Oral | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Enfermería de Servicio Privado | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Estudios del Sueño | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Pruebas Previas a la Admisión | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Cuidado Rutinario de los Pies | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Examen Ocular para Niños | Sin costo (límite de 1 examen por año) | Sin costo (límite de 1 examen por año) | No cubierto |
| Gafas para Niños | Sin costo (límite de 1 par por año) | Sin costo (límite de 1 par por año) | No cubierto |
| Cuidado Dental para Niños - Básico (Clase A) | Sin costo (1 limpieza y examen por límite de seis meses) | | |
| Cuidado Dental para Niños - Intermedio (Clase B) | 20% de coseguro | | |
| Cuidado Dental para Niños - Mayor (Clase C) | 50% de coseguro | | |
| Cuidado Dental para Niños - Ortodoncia (Clase D) | 50% de coseguro (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 coseguro** 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 **coseguro conjunto** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si no ha cumplido con su **deducible**.
- Con la excepción de los servicios de emergencia, servicios de Proveedores No Participantes no están cubierto por este plan a menos que (1) un proveedor participante no esté disponible en el área de servicio y CHRISTUS otorgue la aprobación para que el miembro use un proveedor no participante o (2) un miembro esté en una instalación participante y reciba servicios de un proveedor no participante sin conocimiento o consentimiento. En cualquiera de estas dos situaciones proporcionadas, al miembro se le facturaría como si recibiera atención en un proveedor participante.
- El **Cargo Permitido** es la cantidad que el plan ha determinado como la cantidad máxima pagadera por un Servicio Cubierto. Para los Servicios Cubiertos proporcionados por Proveedores No Participantes, el monto pagadero será una tarifa acordada por el plan y el Proveedor No Participante o basada en el programa de tarifas fuera de la red del plan. El programa de tarifas fuera de la red del plan se basa en estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos, y es consistente con editos y lógica de paquetes reconocidas al nivel nacional y generalmente aceptados. Estos Proveedores No Participantes generalmente no pueden equilibrar la factura por montos no pagados por el plan. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con el plan.