

### Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Élite Oro - 2 visitas de PCP gratuitas

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

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura y costos, visite [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org) o llame al 1-844-282-3025.

| Deducibles Médicos y de Medicamentos<br>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                                      |                              |
| Otros deducibles específicos   | No   |                              |
| 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  | Proveedores No Participantes |
| Visitas al Médico de Atención Primaria   | Copago de \$30 por visita después de las dos primeras visitas gratuitas. | No cubierto                  |
| Visitas a un Especialista  | Copago de \$55 por visita  | No cubierto                  |
| Visita como otro Profesional Médico  | Copago de \$55 por visita  | No cubierto                  |
| Servicios Quiroprácticos   | Copago de \$30 por visita  | No cubierto                  |
| Trastorno del Espectro Autista   | Copago de \$30 por visita  | No cubierto                  |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones                           | Sin costo  | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)  | Copago de \$35 por visita  | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X)   | Copago de \$30 por visita  | No cubierto                  |
| Imágenes (CT, PET, MRI)  | Copago de \$400 por visita   | No cubierto                  |

| Servicios Cubiertos   | Proveedores Participantes  | Proveedores No Participantes            |
|---|--|---|
| Genéricos Preferidos  | Sin costo  | No cubierto                             |
| Genéricos No Preferidos   | Copago de \$7 por receta<br>(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 \$55 por receta<br>(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 \$90 por receta<br>(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   | 40% de porcentaje de copago por receta   | No cubierto                             |
| Pago de Centro Ambulatorio  | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio   | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Servicios de Sala de Emergencias  | Copago de \$950 por visita   | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia  | 45% de porcentaje de copago  | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente  | Copago de \$55 por visita  | No cubierto                             |
| Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados  | Copago de \$950 por estadía  | No cubierto                             |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados                                 | Sin costo  | No cubierto                             |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias                  | Visita al consultorio: copago de \$45 por visita<br>Centro ambulatorio: 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Copago de \$950 por estadía  | No cubierto                             |
| Atención Prenatal y Postnatal   | Copago de \$55 por visita  | No cubierto                             |
| Servicios de Entrega y Hospitalización  | Copago de \$950 por estadía  | No cubierto                             |
| Atención Médica en el Hogar   | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Servicios de Rehabilitación   | Copago de \$30 por visita  | No cubierto                             |
| Servicios de Habilidadación   | Copago de \$30 por visita  | No cubierto                             |
| Centro de Enfermería Especializada  | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Equipo Médico Duradero  | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Servicio de Hospicio  | 45% de porcentaje de copago  | No cubierto                             |
| Examen Ocular para Niños  | Sin costo  | No cubierto                             |
| Gafas para Niños  | Sin costo  | No cubierto                             |
| Chequeo Dental para Niños   | Sin costo<br>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  |   |

| Servicios Cubiertos         | Proveedores Participantes   | Proveedores No Participantes |
|-----------------------------|---|------------------------------|
| Cuidado Dental Mayor – Niño | 50% de porcentaje de copago   |                              |
| Ortodoncia – Niño           | 50% de porcentaje de copago<br>(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.
- Cada HMO de servicios básicos de atención médica puede establecer una o más opciones de **copago** razonables. Una opción de **copago** razonable no puede exceder el 50 por ciento del costo total de los servicios prestados.
- Una HMO de servicios básicos de atención médica no puede imponer cargos de copago a ningún afiliado en ningún año calendario, cuando los **copagos** realizados por el afiliado en ese año calendario suman el 200 por ciento del costo total de la prima anual que se requiere que pague por ese afiliado o en su nombre. Esta limitación se aplica solo si el afiliado demuestra que se han pagado **copagos** de esa cantidad en ese año.