

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Élite Plata Básico - 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 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	\$3,900, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia	\$7,800, 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	Porcentaje de copago de 30% después del deducible. Las dos primeras visitas son gratuitas	No cubierto
Visitas a un Especialista	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Visita como otro Profesional Médico	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Porcentaje de copago de 30% después del deducible (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones	Sin costo, no se aplica deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Genéricos Preferidos	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Genéricos No Preferidos	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Medicamentos No Preferidos	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Medicamentos Especializados	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: Porcentaje de copago de 30% después del deducible Centro ambulatorio: Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Porcentaje de copago de 30% después del deducible (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Porcentaje de copago de 30% después del deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilitación	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	Porcentaje de copago de 30% después del deducible (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	Porcentaje de copago de 30% después del deducible	No cubierto
Examen Ocular para Niños	Sin costo, el deducible no se aplica (límite de 1 examen por año)	No cubierto
Gafas para Niños	Sin costo, el deducible no se aplica (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	

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
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.