

Calendario de beneficios

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

Período de cobertura: 01/01/2025 – 31/12/2025

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	
Otros deducibles específicos	No	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	\$9,200, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	\$18,400, 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 (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 (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 (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 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
Servicios Dentales Diagnósticos y Preventivos para Niños	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.
- 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.