

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Élite Plata - 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	\$5,300, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia	\$10,600, 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 \$35 por visita después de las dos primeras visitas gratuitas, no aplica deducible	No cubierto
Visitas a un Especialista	Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Visita como otro Profesional Médico	Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Copago de \$30 por visita después del deducible (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Copago de \$35 por visita, no se aplica deducible	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones	Sin costo, no se aplica deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Copago de \$35 por visita, no se aplica deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Copago de \$30 por visita, no se aplica deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Copago de \$400 por visita después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Genéricos Preferidos	Sin costo, no se aplica deducible	No cubierto
Genéricos No Preferidos	Copago de \$10 por receta para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible (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 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 No Preferidos	Copago de \$90 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	40% por receta después del deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	35% de porcentaje de copago después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	35% de porcentaje de copago después del deducible	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Copago de \$950 por visita después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	35% de porcentaje de copago después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados	Copago de \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Sin costo después del deducible	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: copago de \$50 por visita, no aplica deducible Centro ambulatorio: 35% de porcentaje de copago después del deducible	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Copago de \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Copago de \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	35% de porcentaje de copago después del deducible (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Copago de \$30 por visita después del deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilitación	Copago de \$30 por visita después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Centro de Enfermería Especializada	35% de porcentaje de copago después del deducible (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	35% de porcentaje de copago después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	35% de porcentaje de copago 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 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	
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.