



Resumen de beneficios de 2025

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Plan H1189-005

Sur de Texas

Área de servicio: Aransas, Bee, Jim Wells, Kleberg, Nueces, Refugio, San Patricio

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. No enumera todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para recibir la lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en CHRISTUShealthplan.org/member-resources/forms-and-documents para acceder a la Evidencia de cobertura (EOC). También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar una copia.

Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Si tiene preguntas o necesita más información, llámenos a la línea gratuita 1-844-282-3026, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en nuestro sitio web en www.CHRISTUShealthplan.org. Los horarios son de 8 a.m. - 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8 a.m. - 8 p.m., hora local, los 7 días a la semana.

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.



Resumen de beneficios de 2025

| Primas y beneficios | Sus costos en nuestro plan |
|---|--|
| Prima mensual del plan | \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare |
| Deducible del plan | \$0 |
| Responsabilidad anual de gastos que paga de su bolsillo (MOOP) | \$4,000 Una vez que alcanza el máximo que gasta de su bolsillo, el plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Su prima y sus costos de medicamentos con receta no cuentan hacia el MOOP. |
| Beneficios médicos y hospitalarios | |
| Cobertura para hospitalización (número ilimitado de días) | \$0 por día |
| Cobertura de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios | \$100 por estadía |
| Cirugía ambulatoria en el hospital | De \$0 a \$100 |
| Centro quirúrgico ambulatorio | De \$0 a \$100 |
| Consultas con el médico | |
| Visitas al médico de atención primaria | \$0 para visitas al consultorio y/o telesalud |
| Especialistas | \$25 por visita al consultorio \$0 por visita de telesalud |
| Atención de urgencia, preventiva y de emergencia | |
| Atención preventiva | \$0 Consulte su EOC para encontrar una lista completa de los servicios preventivos. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado. |
| Atención de emergencia y de urgencia, incluyendo ambulancia (dentro de los Estados Unidos) | \$125 por atención de emergencia \$30 de atención de urgencia \$0 para atención de urgencia por telesalud \$300 por ambulancia |
| Atención de emergencia y de urgencia (fuera de los Estados Unidos) | \$125 por atención de emergencia \$125 de atención de urgencia |



Resumen de beneficios de 2025

| Primas y beneficios | Sus costos en nuestro plan |
|--|---|
| Exámenes y procedimientos de diagnóstico | \$25 |
| Servicios de laboratorio | \$0 |
| Servicios de radiología diagnóstica (IRM, TC, etc.) | \$125 |
| Radiografías para pacientes ambulatorios | \$10 |
| Radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia para el cáncer) | 20% del costo total |
| Servicios para la audición | |
| Examen cubierto por Medicare | \$25 |
| Un examen anual de la audición de rutina | 0\$, 1 examen por año |
| Adaptación/evaluación de audífonos, por audífono | \$0, sesiones ilimitadas |
| Dispositivos auditivos recetados | De \$395 a \$1.595 El costo por oído se determina según el nivel de tecnología de los dispositivos auditivos a través de Amplifon. Los dispositivos auditivos recetados y de venta libre tienen un límite combinado de 2 por año. |
| Dispositivos auditivos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) | De \$95 a \$295 El costo por oído se determina según el nivel de tecnología de los dispositivos auditivos a través de Amplifon. Los dispositivos auditivos recetados y de venta libre tienen un límite combinado de 2 por año. |
| Beneficios dentales | |
| Exámenes dentales cubiertos por Medicare | \$25 |
| Servicios preventivos y de diagnóstico | \$0 por servicios preventivos y de diagnóstico, incluyendo exámenes bucales dos veces al año, hasta tres limpiezas por año y radiografías dentales una vez al año. |
| Servicios integrales | \$20 por servicios integrales, incluyendo rellenos, extracciones, coronas, tratamiento del conducto radicular, dentaduras postizas y cirugía bucal. |



Resumen de beneficios de 2025

| Primas y beneficios | Sus costos en nuestro plan |
|---|---|
| Monto de beneficio anual | <p>\$3.000</p> <p>Este es el monto total combinado que se pagará por los servicios preventivos y integrales cubiertos en el año del plan. Usted es responsable del costo de cualquier servicio integral por encima de este monto.</p> <p>Los servicios cubiertos por este beneficio pueden ser proporcionados por un proveedor participante de Delta Dental Medicare Advantage o por un proveedor no participante. Para encontrar un proveedor participante, visite la página www.deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage para buscar por ubicación o especialidad, o llame sin cargo al (888) 818-7929 para hablar con un representante de servicio al cliente de Delta Dental.</p> |
| Servicios para la vista | |
| Exámenes oculares cubiertos por Medicare (incluyendo exámenes oculares para personas con diabetes) | \$25 |
| Un examen anual de la vista de rutina | <p>\$0</p> <p>Un examen por año cuando se obtienen los servicios de un proveedor de la red de Superior Vision. Si elige un proveedor que no forme parte de la red de Superior Vision, los servicios no estarán cubiertos. Para encontrar un proveedor, visite la página superiorvision.com/locator.</p> |
| Lentes de contacto y anteojos (lentes/monturas) | Usted recibe como beneficio una asignación para anteojos de hasta \$250 por año para 1 par de anteojos (lentes/monturas) o lentes de contacto. |
| Servicios de salud mental | |
| Estadía en un hospital psiquiátrico | \$50 por día para los días 1 a 5; \$0 por día para los 6 a 90 |
| Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios | \$25 por visita individual/grupal \$0 por visita de telesalud |
| Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y terapia | |
| Atención en un SNF | \$0 por día para los días 1 a 20; \$214 por día para los días 21 a 100 El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios. |
| Terapia física, ocupacional y del habla | \$25 |
| Ambulancia y transporte de rutina | |
| Ambulancia (terrestre o aérea, viaje de ida) | \$300 |
| Transporte de rutina, que no es de emergencia | \$0 por 48 viajes de ida, hasta 100 millas por viaje. |



Resumen de beneficios de 2025

Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare solo cubre ciertos medicamentos para determinadas afecciones. Estos medicamentos suelen administrarse en el consultorio del médico. Estos incluyen medicamentos como vacunas, inyecciones y nebulizadores, entre otros. También pueden incluir medicamentos que usted toma en casa utilizando un equipo médico especial.

Medicamentos de la Parte B, incluyendo medicamentos para quimioterapia

De 0% a 20%

El costo compartido mínimo garantiza que el costo compartido del miembro no exceda el coseguro ajustado de Medicare para los medicamentos reembolsables de la Parte B.

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Medicamentos con receta (Parte D)

La Parte D de Medicare cubre un amplio rango de medicamentos con receta. Estos incluyen medicamentos que usted toma a diario para afecciones como presión arterial alta o diabetes.

Fase del deducible

Debido a que no hay un deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Fase de cobertura inicial – Usted comienza en esta fase cuando surte su primera receta médica del año. Usted permanece en la fase de cobertura Inicial hasta que el total de sus costos de su bolsillo de medicamentos del año alcance los \$2,000.

| | Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) suministro hasta para 30 días | Costo compartido estándar para pedido por correo (suministro de 90 días) |
|--|--|--|
| Nivel 1: Genérico preferido: | \$0 | \$0 |
| Nivel 2: Genérico | \$5 | \$0 |
| Nivel 3: Marca preferida: | \$47 \$35 por productos de insulina cubiertos | \$141 \$105 por productos de insulina cubiertos |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | \$100 | \$300 |
| Nivel 5: Especialidad | 33% del costo | No está cubierto |
| Nivel 6: Medicamentos de atención selecta | \$0 | \$0 |

Los suministros a largo plazo para sus medicamentos de mantenimiento pueden ser entregados a domicilio. Visite el portal para miembros o la página express-scripts.com o llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Fase catastrófica - Una vez que los gastos que paga de su bolsillo alcance \$2,000, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos. El plan paga el costo restante de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.



Resumen de beneficios de 2025

| Medicina alternativa y complementaria | Sus costos en nuestro plan |
|--|---|
| Servicios quiroprácticos | |
| Atención quiropráctica (cubierta por Medicare) | \$20 La cobertura de Medicare se limita a corregir una subluxación. Esto es cuando uno o más huesos de la columna se desplazan de su sitio. |
| Atención quiropráctica de rutina | \$20, hasta 24 visitas al año |
| Equipo médico duradero (DME) | |
| Monitores continuos de glucosa (MCG) | 0% del costo total |
| El DME cubierto por Medicare (incluyendo, pero sin limitarse a silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, equipo de oxígeno, nebulizadores y caminadores) | 15% del costo total |
| Línea de enfermería | |
| Línea de atención de enfermería las 24 horas | \$0 |
| Programa de bienestar y acondicionamiento físico | |
| Acondicionamiento físico | \$0 El programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise ofrece la flexibilidad de una membresía de un centro de acondicionamiento físico, herramientas digitales y un kit de acondicionamiento físico en el hogar de una variedad de opciones de kits, incluyendo un monitor portátil de acondicionamiento físico. También puede aprovechar los planes digitales de ejercicios disponibles en el sitio web del programa, reciba asesoramiento personalizado sobre el envejecimiento y la salud por teléfono, vídeo o chat, y disfrute de muchos otros recursos digitales a través del Club del bienestar. |
| Entrega de comidas a domicilio | |
| Entrega de comidas a domicilio | \$0 Usted es elegible para recibir hasta 14 comidas a domicilio de GA Foods hasta por 7 días después del alta de la hospitalización aguda. |
| Agencia de atención médica a domicilio | |
| Servicios de enfermería especializada y servicios de auxiliar de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente, certificados por su médico (menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) | \$0 |



Resumen de beneficios de 2025

| Beneficios adicionales | Sus costos en nuestro plan |
|---|----------------------------|
| Servicios para enfermedad renal | |
| Diálisis renal cubierta por Medicare | 20% del costo total |
| Servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluyendo terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés). | \$0 |
| Servicios ambulatorios para el trastorno por el uso de sustancias | |
| Servicios intensivos ambulatorios (cuidado durante todo el día durante varios días), así como asesoramiento tradicional (una o algunas horas por día, generalmente semanal o quincenal) sin uso de farmacoterapias. | \$25 |
| Beneficio para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) | |
| <p>Usted recibirá como beneficio una asignación cada trimestre para comprar artículos de venta libre (OTC) aprobados de salud y bienestar como suministros de primeros auxilios, medicamentos para resfriados y alergias, pruebas para COVID-19 y más. El monto del beneficio está disponible el primer día de cada trimestre calendario. Los trimestres calendario comienzan en enero, abril, julio y octubre. Asegúrese de usar el monto completo del beneficio cada trimestre calendario, ya que cualquier monto no utilizado no se transferirá al siguiente trimestre calendario.</p> <p>Este beneficio se ofrece a través de Convey. Usted debe usar su número de identificación de miembro de CHRISTUS Health Plan para confirmar la elegibilidad para el beneficio, confirmar la disponibilidad del monto del beneficio y hacer las compras. Usted puede comprar los productos en línea, por teléfono o a través de la aplicación móvil. Para conocer más detalles, incluyendo el catálogo, visite la página www.CHRISTUShealthplan.org/member-resources/coverage/medicare/pharmacy-part-d/over-the-counter-drug-benefit.</p> | |
| En el mostrador | \$190 trimestrales |