



Resumen de beneficios de 2025

CHRISTUS Health Medicare Guardian (HMO) H1189-008

Texas

Área de servicio: Aransas, Bee, Bowie, Caldwell, Camp, Cass, Cherokee, Comal, Franklin, Gregg, Guadalupe, Hardin, Harrison, Henderson, Hopkins, Jasper, Jefferson, Jim Wells, Kleberg, Marion, Morris, Newton, Nueces, Orange, Panola, Red River, Refugio, Rusk, San Patricio, Smith, Titus, Tyler, Upshur, Van Zandt, Wood

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Guardian (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 Guardian (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
Reembolso de prima de la Parte B	\$125
Deducible del plan	\$0
Responsabilidad anual de gastos que paga de su bolsillo (MOOP)	\$4,400 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	\$300 por estadía
Cirugía ambulatoria en el hospital	De \$0 a \$300
Centro quirúrgico ambulatorio	De \$0 a \$200
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 \$35 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	\$40
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios de radiología diagnóstica (IRM, TC, etc.)	\$150
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>\$2.500</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	\$318 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	\$20
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.
---	---

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)	20% 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.
---------------------------------	---



Resumen de beneficios de 2025

Beneficios adicionales	Sus costos en nuestro plan
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
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.	\$40



Resumen de beneficios de 2025

Beneficio para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)

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.

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.

En el mostrador

\$100 trimestrales