

## Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS para Indígenas/Nativos americanos con costo compartido de cero + Condición Física

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

Si desea más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener los términos completos en el documento del plan de póliza visitando al [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org) o llamando 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	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	No aplica.	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	No aplica.	
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	Atención Médica Indígena y Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Visitas al Médico de Atención Primaria	Sin costo	No cubierto
Visitas a un Especialista	Sin costo	No cubierto
Visitas a otro Profesional Médico	Sin costo	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Sin costo (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Sin costo	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Sin costo	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Sin costo	No cubierto

Servicios Cubiertos	Atención Médica Indígena y Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Medicamentos Genéricos Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos Genéricos No Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca No Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos Especializados	Sin costo	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	Sin costo	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Sin costo	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Sin costo	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Sin costo	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Sin costo	No cubierto
Atención (Cuidado) Urgente (Virtual)	Sin costo en los centros CHRISTUS No cubierto en centros que no pertenecen a CHRISTUS	No cubierto
Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados	Sin costo	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: Sin costo Centro ambulatorio: Sin costo	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Sin costo	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Sin costo	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Sin costo	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Sin costo (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Sin costo (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilidadación	Sin costo	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	Sin costo (límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	Sin costo	No cubierto
Servicio de Hospicio	Sin costo	No cubierto
Examen Ocular para Niños	Sin costo (límite de 1 examen por año)	No cubierto
Gafas para Niños	Sin costo (límite de 1 par por año)	No cubierto

Servicios Cubiertos	Atención Médica Indígena y Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Servicios Dentales Diagnósticos y Preventivos para Niño	Sin costo (Limitado a una limpieza y examen cada seis meses)	
Cuidado Dental Básico– Niño	Sin costo	
Cuidado Dental Mayor – Niño	Sin costo	
Ortodoncia – Niño	Sin costo (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 **coseguro 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.

**Beneficio de acondicionamiento físico para adultos\* (mayores de 18 años)**

Servicios cubiertos por acondicionamiento físico para adultos	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Beneficio de acondicionamiento físico para adultos	Sin costo	No cubierto

\* Los beneficios de acondicionamiento físico para adultos no se aplican al deducible ni al máximo desembolso del plan que aparece en la página 1.