

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Oro + Condición Física Limitado (\$0 Rx Ded, \$5 PCP, \$0 Rx de nivel 1, \$0 atención de urgencia virtual)

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		
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 PAMI	Proveedores Participantes No PAMI	Proveedores No Participantes No PAMI
Visitas al Médico de Atención Primaria	Sin costo	Copago de \$5 por visita	No cubierto
Visitas a un Especialista	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Visitacomo otro Profesional Médico	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Sin costo	Copago de \$60 por visita (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Sin costo	Copago de \$5 por visita	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones	Sin costo	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes PAMI	Proveedores Participantes No PAMI	Proveedores No Participantes No PAMI
Imágenes (CT, PET, MRI)	Sin costo	Copago de \$400 por visita	No cubierto
Medicamentos Genéricos Preferidos	Sin costo	Sin costo	No cubierto
Medicamentos Genéricos No Preferidos	Sin costo	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Sin costo	Copago de \$60 por receta 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 de Marca No Preferidos	Sin costo	Copago de \$80 por receta 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	Sin costo	Copago de \$350 por receta 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
Pago de Centro Ambulatorio	Sin costo	40% de porcentaje de copago	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Sin costo	40% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Sin costo	Copago de \$950 por visita	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Sin costo	40% de porcentaje de copago	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Atención (Cuidado) Urgente (Virtual)	Sin costo	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	Copago de \$950 por estadía	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes PAMI	Proveedores Participantes No PAMI	Proveedores No Participantes No PAMI
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Sin costo	Sin costo	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Sin costo	Visita al consultorio: copago de \$60 por visita Centro ambulatorio: 40% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Sin costo	Copago de \$950 por estadía	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Sin costo	Copago de \$950 por estadía	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Sin costo	40% de porcentaje de copago (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Sin costo	Copago de \$60 por visita (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilidadación	Sin costo	Copago de \$60 por visita	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	Sin costo	40% de porcentaje de copago (límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	Sin costo	40% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicio de Hospicio	Sin costo	40% de porcentaje de copago	No cubierto
Examen Ocular para Niños	Sin costo	Sin costo (límite de 1 examen por año)	No cubierto
Gafas para Niños	Sin costo	Sin costo (límite de 1 par por año)	No cubierto
Servicios Dentales Diagnósticos y Preventivos para Niño	Sin costo (Limitado a una limpieza y examen cada 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.
- 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.

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

Servicios cubiertos por acondicionamiento físico para adultos	Proveedores Participantes PAMI	Proveedores Participantes No PAMI	Proveedores No Participantes No PAMI
Beneficio de acondicionamiento físico para adultos	Sin costo	Sin costo	No cubierto

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