

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata 94 + Dental & Visión (\$0 Ded, \$0 PCP, \$0 Rx genéricos, \$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	\$1,000, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	\$2,000, 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	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)	Copago de \$30 por visita	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Copago de \$30 por visita	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Copago de \$400 por visita	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Medicamentos Genéricos Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos Genéricos No Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$20 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	Copago de \$60 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 Especializados	Copago de \$500 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
Pago de Centro Ambulatorio	30% de porcentaje de copago	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	30% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Copago de \$700 por visita	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	30% de porcentaje de copago	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	Copago de \$700 por estadía	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: 30% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Copago de \$700 por estadía	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Sin costo	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Copago de \$700 por estadía	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	30% de porcentaje de copago (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

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Centro de Enfermería Especializada	30% de porcentaje de copago (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	30% de porcentaje de copago	No cubierto
Servicio de Hospicio	30% de porcentaje de copago	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 Dentales Diagnósticos y Preventivos para Niño	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 alentarlos a utilizar **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y montos de porcentaje de copago** más bajos.

Visión del adulto* (A partir de los 19 años de edad, no incluye la cobertura de la vista pediátrica)

Servicios cubiertos por Visión del adulto	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Examen de la vista en adultos	Sin costo (1 examen por año)	No cubierto
Gafas para adultos	Sin costo (1 artículo por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto)	No cubierto

Dental para adultos* (A partir de los 19 años de edad, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental máximo anual: \$1,000 por persona cubierta por año calendario para todos los beneficios que se enumeran a continuación

Período de espera: Los servicios dentales mayores están limitados a los afiliados adultos que han estado afiliados al seguro dental durante 12 meses consecutivos

Servicios cubiertos dentales para adultos	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Servicios Diagnósticos y Preventivos para adultos	Sin costo (Limitado a una limpieza y examen cada seis meses)	
Cuidado Dental Básico para Adultos	20% de porcentaje de copago	
Cuidado Dental Mayor para Adultos	50% de porcentaje de copago	
Ortodoncia para adultos	No cubierto	

* Visión del adulto y servicios dentales del adulto no se aplican al deducible ni al máximo desembolso del plan que aparece en la página 1.