

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata 70 + Dental & Visión Limitado (\$5 PCP, \$0 Rx genérica preferida, \$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 Médico - Individual | \$0 con Proveedor de Atención Médica Indio (PAMI) o con referido de PAMI a proveedor no PAMI; \$8,200 | | |
| Deducible Médico - Familia | \$0 con Proveedor de Atención Médica Indio (PAMI) o con referido de PAMI a proveedor no PAMI; \$16,400 | | |
| Deducible Farmacia - Individual | \$850 | | |
| Deducible Farmacia - Familia | \$1,700 | | |
| 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 aplica deducible | No cubierto |
| Visitas a un Especialista | Sin costo | Copago de \$60 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Visitas a otro Profesional Médico | Sin costo | Copago de \$60 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Servicios Quiroprácticos | Sin costo (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación) | Copago de \$50 por visita, no aplica deducible (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 aplica deducible | No cubierto |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones | Sin costo | Sin costo | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre) | Sin costo | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X) | Sin costo | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible | 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 después del deducible | No cubierto |
| Medicamentos Genéricos Preferidos | Sin costo | Sin costo | No cubierto |
| Medicamentos Genéricos No Preferidos | Sin costo | Copago de \$20 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 de Marca Preferidos | Sin costo | Copago de \$50 por receta después del deducible 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 \$100 por receta después del deducible 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 \$500 por receta después del deducible 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 | 50% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio | Sin costo | 50% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Sala de Emergencias | Sin costo | Copago de \$950 por visita después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia | Sin costo | 50% de porcentaje de copago después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente | Sin costo | Copago de \$60 por visita, no aplica deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|---|---|--|--------------------------------------|
| 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 después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados | Sin costo | Sin costo después del deducible | No cubierto |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Sin costo | Visita al consultorio: copago de \$50 por visita, no aplica deducible Centro ambulatorio: 50% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Sin costo | Copago de \$950 por estadía después del deducible | No cubierto |
| Atención Prenatal y Postnatal | Sin costo | Copago de \$60 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Servicios de Entrega y Hospitalización | Sin costo | Copago de \$950 por estadía después del deducible | No cubierto |
| Atención Médica en el Hogar | Sin costo (Límite de 60 visitas por año calendario) | 50% de porcentaje de copago después del deducible (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) | Copago de \$50 por visita, no aplica deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica) | No cubierto |
| Servicios de Habilidadación | Sin costo | Copago de \$50 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Centro de Enfermería Especializada | Sin costo (Límite de 25 días por año calendario) | 50% de porcentaje de copago después del deducible (Límite de 25 días por año calendario) | No cubierto |
| Equipo Médico Duradero | Sin costo | 50% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Servicio de Hospicio | Sin costo | 50% de porcentaje de copago después del deducible | No cubierto |
| Examen Ocular para Niños | Sin costo (límite de 1 examen por año) | Sin costo (límite de 1 examen por año) | No cubierto |
| Gafas para Niños | Sin costo (límite de 1 par por año) | Sin costo (límite de 1 par por año) | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|---|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 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 alentarle 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 PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|---|--|--|--------------------------------------|
| Examen de la vista en adultos | Sin costo (1 examen por año) | 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) | 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 PAMI | Proveedores Participantes No PAMI | Proveedores No Participantes No PAMI |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Servicios dentales de rutina 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.