

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata 87 + Dental & Visión (\$0 PCP, \$0 Rx genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)

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

Esto es sólo un resumen. 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 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 Médico - Individual	\$2,100	
Deducible Médico - Familia	\$4,200	
Deducible Farmacia - Individual	\$250	
Deducible Farmacia - Familia	\$500	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	\$2,650, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	\$5,300, 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
Visita como otro Profesional Médico	Sin costo	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Sin costo	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 \$35 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Copago de \$35 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Copago de \$400 por visita después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Medicamentos Genéricos Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos Genéricos No Preferidos	Copago de \$10 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	Copago de \$20 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	Copago de \$60 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	Copago de \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Copago de \$950 por visita después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	40% de coseguro después del deducible	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 \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Sin costo después del deducible	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: Sin costo, no aplica deducible Centro ambulatorio: 40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Copago de \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Sin costo, no aplica deducible	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Copago de \$950 por estadía después del deducible	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Sin costo	No cubierto
Servicios de Habilidadación	Sin costo	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Equipo Médico Duradero	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	40% de coseguro después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Trastorno por Déficit de Atención	Sin costo	No cubierto
Labio Leporino/ Paladar Hendido	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Anestesia Dental	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Beneficios de la Cirugía Oral	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Enfermería de Servicio Privado	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Estudios del Sueño	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pruebas Previas a la Admisión	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Cuidado Rutinario de los Pies	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
Cuidado Dental para Niños - Básico (Clase A)	Sin costo (1 limpieza y examen por límite de seis meses)	
Cuidado Dental para Niños - Intermedio (Clase B)	20% de coseguro	
Cuidado Dental para Niños - Mayor (Clase C)	50% de coseguro	
Cuidado Dental para Niños - Ortodoncia (Clase D)	50% de coseguro (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 coseguro** 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**.
- Con la excepción de los servicios de emergencia, servicios de Proveedores No Participantes no están cubierto por este plan a menos que (1) un proveedor participante no esté disponible en el área de servicio y CHRISTUS otorgue la aprobación para que el miembro use un proveedor no participante o (2) un miembro esté en una instalación participante y reciba servicios de un proveedor no participante sin conocimiento o consentimiento. En cualquiera de estas dos situaciones proporcionadas, al miembro se le facturaría como si recibiera atención en un proveedor participante.
- El **Cargo Permitido** es la cantidad que el plan ha determinado como la cantidad máxima pagadera por un Servicio Cubierto. Para los Servicios Cubiertos proporcionados por Proveedores No Participantes, el monto pagadero será una tarifa acordada por el plan y el Proveedor No Participante o basada en el programa de tarifas fuera de la red del plan. El programa de tarifas fuera de la red del plan se basa en estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos, y es consistente con editos y lógica de paquetes reconocidas al nivel nacional y generalmente aceptados. Estos Proveedores No Participantes generalmente no pueden equilibrar la factura por montos no pagados por el plan. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con el plan.

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
Cuidado Dental para Adultos - Básico (Clase A)	Sin costo (Limitado a una limpieza y examen cada seis meses)	
Cuidado Dental para Adultos - Intermedio (Clase B)	20% de coseguro	
Cuidado Dental para Adultos - Mayor (Clase C)	50% de coseguro	
Cuidado Dental para Adultos - Ortodoncia (Clase D)	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.