

## Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Oro + Dental & Visión + Condición Física (\$0 Ded, \$5 PCP, \$0 Rx genéricos, \$0 atención de urgencia virtual)

Período de cobertura: 01/01/2026 – 31/12/2026

**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](http://www.christushealthplan.org) o llamando al 1-844-282-3025.

| Deducibles Médicos y de Medicamentos<br>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                | Proveedores No Participantes |
| Visitas al Médico de Atención Primaria                                               | Copago de \$5 por visita                 | No cubierto                  |
| Visitas a un Especialista                                                            | Copago de \$60 por visita                | No cubierto                  |
| Visitas a otro Profesional Médico                                                    | Copago de \$60 por visita                | No cubierto                  |
| Servicios Quiroprácticos                                                             | Copago de \$60 por visita                | No cubierto                  |
| Trastorno del Espectro Autista                                                       | Copago de \$5 por visita                 | No cubierto                  |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciones                           | Sin costo                                | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)                                              | Copago de \$60 por visita                | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X)                                                         | Copago de \$60 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 \$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                                                             | 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                                                                     | Copago de \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días                                                                                                                                          | No cubierto                             |
| Pago de Centro Ambulatorio                                                                      | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio                                                             | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Servicios de Sala de Emergencias                                                                | Copago de \$950 por visita                                                                                                                                                                                 | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia                                                                        | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente                                                                      | Copago de \$60 por visita                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |
| Atención (Cuidado) Urgente (Virtual)                                                            | Sin costo en los centros CHRISTUS<br>No cubierto en centros que no pertenecen a CHRISTUS                                                                                                                   | No cubierto                             |
| Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados                                                    | Copago de \$950 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: copago de \$60 por visita<br>Centro ambulatorio: 40% de coseguro                                                                                                                    | No cubierto                             |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Copago de \$950 por estadía                                                                                                                                                                                | No cubierto                             |
| Atención Prenatal y Postnatal                                                                   | Copago de \$60 por visita                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |
| Servicios de Entrega y Hospitalización                                                          | Copago de \$950 por estadía                                                                                                                                                                                | No cubierto                             |
| Atención Médica en el Hogar                                                                     | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Servicios de Rehabilitación                                                                     | Copago de \$60 por visita                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |
| Servicios de Habilidadación                                                                     | Copago de \$60 por visita                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |
| Centro de Enfermería Especializada                                                              | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Equipo Médico Duradero                                                                          | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Servicio de Hospicio                                                                            | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Trastorno por Déficit de Atención                                                               | Copago de \$5 por visita                                                                                                                                                                                   | No cubierto                             |
| Labio Leporino/ Paladar Hendido                                                                 | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Anestesia Dental                                                                                | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Beneficios de la Cirugía Oral                                                                   | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Enfermería de Servicio Privado                                                                  | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |
| Estudios del Sueño                                                                              | 40% de coseguro                                                                                                                                                                                            | No cubierto                             |

| Servicios Cubiertos                              | Proveedores Participantes                                                                   | Proveedores No Participantes |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pruebas Previas a la Admisión                    | 40% de coseguro                                                                             | No cubierto                  |
| Cuidado Rutinario de los Pies                    | Copago de \$5 por visita                                                                    | 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<br>(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, no se aplica deducible                      |                              |
| Cuidado Dental para Adultos - Mayor (Clase C)      | 50% de coseguro, no se aplica deducible                      |                              |
| Cuidado Dental para Adultos - Ortodoncia (Clase D) | No cubierto                                                  |                              |

**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                  |

\* Visión del adulto, servicios dentales y beneficio de acondicionamiento físico para adultos no se aplican al deducible ni al máximo desembolso del plan que aparece en la página 1.