

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Oro Estándar (\$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 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 General - Individual		\$2,000, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia		\$4,000, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual		\$8,300, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia		\$16,600, 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 \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Visitas a un Especialista		Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Visitas a otro Profesional Médico		Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios Quiroprácticos		Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista		Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciones		Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)		Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)		Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)		Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Medicamentos Genéricos	Copago de \$15 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 \$30 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 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 \$100 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Coseguro de 25% después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Coseguro de 25% después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Copago de \$45 por visita, no aplica deducible	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	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: copago de \$30 por visita, no aplica deducible Centro ambulatorio: 25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Copago de \$60 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios de Habilidadación	Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Equipo Médico Duradero	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	Coseguro de 25% después del deducible	No cubierto
Trastorno por Déficit de Atención	Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Labio Leporino/ Paladar Hendido	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Anestesia Dental	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Beneficios de la Cirugía Oral	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Enfermería de Servicio Privado	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Estudios del Sueño	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pruebas Previas a la Admisión	25% de coseguro después del deducible	No cubierto
Cuidado Rutinario de los Pies	Copago de \$30 por visita, no aplica deducible	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 cubiertos 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.