

## Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata Estándar 73 (\$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                                                       |                                                | \$3,000, Medicina y Farmacia Combinadas  |  |
| Deducible General - Familia                                                          |                                                | \$6,000, Medicina y Farmacia Combinadas  |  |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual                                 |                                                | \$7,400, Medicina y Farmacia Combinadas  |  |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia                                    |                                                | \$14,800, 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 \$40 por visita, no aplica deducible | No cubierto                              |  |
| Visitas a un Especialista                                                            | Copago de \$80 por visita, no aplica deducible | No cubierto                              |  |
| Visitas a otro Profesional Médico                                                    | Copago de \$80 por visita, no aplica deducible | No cubierto                              |  |
| Servicios Quiroprácticos                                                             | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible | No cubierto                              |  |
| Trastorno del Espectro Autista                                                       | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible | No cubierto                              |  |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y<br>Immunizaciones                        | Sin costo                                      | No cubierto                              |  |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)                                              | 40% de coseguro después del deducible          | No cubierto                              |  |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X)                                                         | 40% de coseguro después del deducible          | No cubierto                              |  |
| Imágenes (CT, PET, MRI)                                                              | 40% de coseguro después del deducible          | No cubierto                              |  |

| Servicios Cubiertos                                                                             | Proveedores Participantes                                                                                                                                                                                                           | Proveedores No Participantes            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Medicamentos Genéricos                                                                          | Copago de \$20 por receta para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible<br>(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 \$40 por receta para un suministro estándar de 30 días, no aplica deducible<br>(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 después del deducible para un suministro estándar de 30 días<br>(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 \$125 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días                                                                                                                                             | 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                                                                | 40% de coseguro 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                                                                      | Copago de \$60 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                      | 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                                                    | 40% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                                                               | No cubierto                             |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados                                 | 40% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                                                               | No cubierto                             |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias                  | Visita al consultorio: copago de \$40 por visita, no aplica deducible<br>Centro ambulatorio: 40% de coseguro después del deducible                                                                                                  | No cubierto                             |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | 40% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                                                               | No cubierto                             |
| Atención Prenatal y Postnatal                                                                   | Copago de \$80 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                      | No cubierto                             |
| Servicios de Entrega y Hospitalización                                                          | 40% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                                                               | No cubierto                             |
| Atención Médica en el Hogar                                                                     | 40% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                                                               | No cubierto                             |
| Servicios de Rehabilitación                                                                     | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                      | No cubierto                             |
| Servicios de Habilidadación                                                                     | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                      | 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                             |
| Trastorno por Déficit de Atención                                                               | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                      | No cubierto                             |

| Servicios Cubiertos                              | Proveedores Participantes                                                                   | Proveedores No Participantes |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 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                    | Copago de \$40 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<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.