

## Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Oro Esencial (\$0 Rx Ded, \$5 PCP, \$0 atención de urgencia virtual)

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

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura y costos, visite [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org) o llame al 1-844-282-3025.

| Deducibles Médicos y de Medicamentos<br>Recetados y Límites de Costos de su Bolsillo | Costo Compartido del Miembro                                                                                                           |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Deducible Médico - Individual                                                        | \$3,750                                                                                                                                |                              |
| Deducible Médico - Familia                                                           | \$7,500                                                                                                                                |                              |
| Deducible Farmacia - Individual                                                      | \$0                                                                                                                                    |                              |
| Deducible Farmacia - Familia                                                         | \$0                                                                                                                                    |                              |
| 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 aplica deducible                                                                                          | No cubierto                  |
| Visitas a un Especialista                                                            | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible                                                                                         | No cubierto                  |
| Visitas a otro Profesional Médico                                                    | Copago de \$35 por visita, no aplica deducible                                                                                         | No cubierto                  |
| Servicios Quiroprácticos                                                             | Copago de \$25 por visita, no aplica deducible<br>(límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación) | No cubierto                  |
| Trastorno del Espectro Autista                                                       | Copago de \$5 por visita, no aplica deducible                                                                                          | No cubierto                  |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Inmunizaciones                           | Sin costo                                                                                                                              | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)                                              | Copago de \$30 por visita, no aplica deducible                                                                                         | No cubierto                  |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X)                                                         | Copago de \$20 por visita, no aplica deducible                                                                                         | No cubierto                  |
| Imágenes (CT, PET, MRI)                                                              | Copago de \$200 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<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 \$50 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 \$60 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 Especializados                                                                     | 45% de porcentaje de copago, no aplica deducible                                                                                                                                                                                   | No cubierto                             |
| Pago de Centro Ambulatorio                                                                      | 30% de porcentaje de copago después del deducible                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio                                                             | 30% de porcentaje de copago 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                                                                        | 30% de porcentaje de copago después del deducible                                                                                                                                                                                  | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente                                                                      | Copago de \$35 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                                                    | 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: copago de \$25 por visita, no aplica deducible<br>Centro ambulatorio: 30% de porcentaje de copago 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                                                                   | Copago de \$35 por visita, 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                                                                     | 30% de porcentaje de copago después del deducible<br>(Límite de 60 visitas por año calendario)                                                                                                                                     | No cubierto                             |
| Servicios de Rehabilitación                                                                     | Copago de \$25 por visita, no aplica deducible<br>(Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)                                                                                                  | No cubierto                             |
| Servicios de Habilitación                                                                       | Copago de \$25 por visita, no aplica deducible                                                                                                                                                                                     | No cubierto                             |
| Centro de Enfermería Especializada                                                              | 30% de porcentaje de copago después del deducible                                                                                                                                                                                  | No cubierto                             |

| Servicios Cubiertos                                     | Proveedores Participantes                                                                               | Proveedores No Participantes |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                         | (Límite de 25 días por año calendario)                                                                  |                              |
| Equipo Médico Duradero                                  | 30% de porcentaje de copago después del deducible                                                       | No cubierto                  |
| Servicio de Hospicio                                    | 30% de porcentaje de copago después del 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                  |
| 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<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 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.