



Resumen de beneficios 2026

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) H1189-003

Noreste de Texas

Área de servicio: Anderson, Bowie, Camp, Cass, Cherokee, Franklin, Gregg, Harrison, Henderson, Hopkins, Marion, Morris, Panola, Red River, Rusk, Smith, Titus, Upshur, Van Zandt, y Wood

Este es un resumen de medicamentos y servicios médicos que cubre CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en CHRISTUShealthplan.org para acceder a la Evidencia de cobertura (EOC). También puede llamar a nuestro departamento de servicios para miembros para solicitar una copia.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), 24 horas al día, los siete días de la semana.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, llámenos sin costo al 1-844-282-3026, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web en www.CHRISTUShealthplan.org. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Del 1 de octubre - 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana.

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.



Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	Sus costos en nuestro plan
Prima mensual del plan	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible del plan	\$0
Responsabilidad anual máxima de gastos de bolsillo (MOOP)	\$4,900 Una vez que usted alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Su prima y los costos de medicamentos con receta no cuentan para su MOOP.
Pacientes hospitalizados y servicios ambulatorios de hospital	
Hospital para pacientes hospitalizados (número ilimitado de días)	\$0 por día
Cobertura de observación hospitalaria ambulatoria	\$325 por estancia
Operación hospitalaria ambulatoria	\$0-\$325
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0-\$325
Visitas al médico	
Visitas al médico de atención primaria	\$0 visita en el consultorio o telesalud
Visitas al especialista	\$35 por visita en el consultorio \$0 por visita de telesalud
Atención preventiva, de emergencia y de urgencia	
Atención preventiva	\$0 Para obtener una lista completa de los servicios preventivos, consulte la EOC. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado.
Atención de emergencia y de urgencia, incluyendo ambulancia (en los EE. UU.)	\$130 por atención de emergencia \$40 por atención de urgencia \$0 por atención de urgencia de telesalud \$300 por ambulancia
Atención de emergencia y de urgencia (fuera de los EE. UU.)	\$130 por atención de emergencia \$130 por atención de urgencia \$300 por ambulancia



Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	Sus costos en nuestro plan
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$50
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios de radiología de diagnóstico (MRI, CT, etc.)	\$125
Radiografías para paciente ambulatorio	\$25
Radiología terapéutica (por ejemplo, tratamiento de radiación para el cáncer)	20% del costo total
Servicios auditivos	
Examen que cubre Medicare	\$35
Examen auditivo de rutina	\$0, un examen por año
Adaptación/evaluación auditiva para aparatos auditivos	\$0 por sesiones ilimitadas
Aparatos auditivos con receta	\$395-\$1,595 El costo por oído se determina según el nivel de tecnología de los aparatos auditivos, por medio de Amplifon. Los aparatos auditivos con receta y OTC tienen un límite combinado de dos por año.
Aparatos auditivos de venta libre (OTC)	\$95-\$295 El costo por oído se determina según el nivel de tecnología de los aparatos auditivos, por medio de Amplifon. Los aparatos auditivos con receta y OTC tienen un límite combinado de dos por año.
Servicios dentales	
Exámenes dentales que cubre Medicare	\$35
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 por servicios preventivos y de diagnóstico, incluyendo exámenes orales dos veces al año, hasta tres limpiezas por año y radiografías dentales una vez al año.
Servicios integrales	\$20 por servicios integrales, incluyendo empastes, extracciones, coronas, tratamiento de canal, dentaduras postizas y operación oral.



Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	Sus costos en nuestro plan
Cantidad anual del beneficio	\$3,000 Esta es la cantidad total que se pagará por los servicios preventivos e integrales cubiertos en el año del plan. Usted es responsable del costo de cualquier servicio integral que supere esta cantidad. Un proveedor participante de Delta Dental Medicare Advantage o un proveedor no participante puede prestar los servicios que cubre este beneficio. Para encontrar a un proveedor participante, visite www.deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage para buscar por ubicación o especialidad o llame sin costo al (888) 818-7929 para hablar con un representante de Servicio al cliente de Delta Dental.
Servicios para la vista	
Exámenes médicos de la vista que cubre Medicare (incluyendo exámenes de la vista para diabéticos)	\$35
Examen de la vista de rutina	\$0 Usted tiene un examen por año cuando lo obtiene de un proveedor dentro de la red de Superior Vision. Si usted elige un proveedor fuera de la red de Superior Vision, el plan no cubrirá los servicios. Visite superiorvision.com/locator para buscar un proveedor.
Lentes de contacto y anteojos (lentes/monturas)	Usted obtiene una asignación de beneficio de anteojos y lentes de hasta \$200 por año para un par de anteojos (lentes/monturas) o lentes de contacto.
Servicios de salud mental	
Estancia en el hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados	\$318 por día por los días 1-5; \$0 por día por los días 6-90
Terapia de salud mental ambulatoria	\$35 por visita individual/grupo \$0 por visita de telesalud
Centro de enfermería especializada y terapia	
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 por día por los días 1-20; \$218 por día por los días 21-100 Este plan cubre hasta 100 días por período de beneficio.
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$35 por sesión \$0 por visita de telesalud
Transporte	
Ambulancia (terrestre o aérea, viaje de ida)	\$300
Transporte de rutina no de emergencia	\$0 por 48 viajes de ida, hasta 100 millas por viaje a través de SafeRide



Resumen de beneficios 2026

Medicamentos de Medicare Parte B

Medicare Parte B solo cubre ciertos medicamentos para ciertas condiciones. A menudo estos medicamentos se los administran en el consultorio de su médico. Pueden incluir cosas como vacunas, inyecciones y nebulizadores, entre otros. También pueden incluir medicamentos que usted toma en casa usando equipo médico especial.

Medicamentos de la Parte B, incluyendo medicamentos de quimioterapia

0% - 20%

El mínimo de costos compartidos garantiza que el costo compartido del miembro no exceda el coseguro ajustado de Medicare para los medicamentos reembolsables de la Parte B.

Medicamentos con receta de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) (Parte D)

Medicare Parte D cubre una amplia gama de medicamentos con receta. Pueden incluir medicamentos que usted toma todos los días para condiciones como presión alta o diabetes.

Fase del deducible

\$250

Usted pagará el costo del medicamento que negocie el plan hasta el límite del deducible. El deducible se aplica a los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5.

Fase de cobertura inicial: usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año. Usted permanece en la fase de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo por medicamentos para el año lleguen a \$2,100.

	Costos compartidos estándar en el comercio (dentro de la red) suministro hasta de 30 días	Costos compartidos estándar en pedidos por correo (suministro de 100 días)
Nivel 1: Genérico preferido	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico	\$5	\$10
Nivel 3: Marca preferida	25% del costo No más de \$35 por productos de insulina cubiertos	25% del costo No más de \$105 por productos de insulina cubiertos
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	30% del costo No más de \$35 por productos de insulina cubiertos	30% del costo No más de \$105 por productos de insulina cubiertos
Nivel 5: Especialidad	30% del costo No más de \$35 por productos de insulina cubiertos	No cubiertos
Nivel 6: Medicamentos específicos	\$0	\$0

Los suministros de largo plazo de sus medicamentos de mantenimiento pueden entregarse en su puerta. Visite su portal del miembro o caremark.com o llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Fase catastrófica: una vez que sus gastos de bolsillo lleguen a \$2,100, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos y los productos biológicos. El plan paga el costo restante de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.



Resumen de beneficios 2026

Beneficios adicionales		Sus costos en nuestro plan
Servicios quiroprácticos		
Atención quiropráctica (que cubre Medicare)		\$15 La cobertura de Medicare se limita a corregir una subluxación. Esto es cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral se salen de lugar.
Servicios quiroprácticos de rutina		\$15, hasta 24 visitas por año
Equipo médico duradero (DME)		
Monitores continuos de glucosa (CGM)		0% del costo total
DME que cubre Medicare (incluyendo, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores)		20% del costo total
Línea de enfermería		
Línea de enfermería las 24 horas		\$0
Beneficio de condición física		
Condición física		\$0 El programa Silver&Fit® de envejecimiento saludable y ejercicio (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise) ofrece la flexibilidad de una membresía del gimnasio, herramientas digitales de condición física y un kit de condición física para el hogar de una variedad de opciones de kits, incluyendo un rastreador ponible de condición física. También puede aprovechar los planes de ejercicios digitales disponibles en el sitio web del programa, obtener coaching individual de envejecimiento saludable por teléfono, video o chat y disfrutar de muchos otros recursos digitales mediante el Club de Bienestar.
Comidas entregadas en casa		
Entrega de comida		\$0 Usted es elegible para recibir hasta 14 comidas entregadas en casa de GA Foods por hasta siete días una vez que le den el alta de la atención de hospital para pacientes hospitalizados.
Agencia de atención médica en casa		
Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistente de atención médica en casa, certificados por su médico (menos de ocho horas por día y 35 horas por semana)		\$0



Resumen de beneficios 2026

Beneficios adicionales	Sus costos en nuestro plan
Servicios para enfermedad de los riñones	
Diálisis renal que cubre Medicare	20% del costo total
Servicios de educación sobre enfermedad de los riñones que cubre Medicare, incluyendo terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	\$0
Servicios ambulatorios de trastornos por consumo de sustancias	
Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (atención durante todo el día durante varios días)	\$55 por día
Asesoramiento sobre abuso de sustancias	\$35 por sesión individual/grupal
Beneficio de venta libre (OTC)	
Usted recibirá una asignación de beneficio cada trimestre para comprar artículos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados como suministros de primeros auxilios, medicamentos para resfriados y alergias, analgésicos, pruebas de COVID-19 y más. Su cantidad de beneficio está disponible el primer día de cada trimestre calendario. Los trimestres calendario comienzan en enero, abril, julio y octubre. Asegúrese de usar la cantidad completa del beneficio cada trimestre calendario, porque cualquier cantidad que no use, no se transferirá al siguiente trimestre calendario. Convey ofrece este beneficio. Usted usará su número de identificación de miembro del Plan médico CHRISTUS para confirmar la elegibilidad del beneficio, confirmar la cantidad de beneficio disponible y hacer compras. Usted puede comprar productos aprobados en línea, por teléfono o por aplicación. Visite CHRISTUShealthplan.org para obtener información, incluyendo un catálogo.	
De venta libre	\$115 trimestralmente