



Resumen de beneficios 2026

Plan CHRISTUS Health Medicare Guardian (HMO) H1189-008

Texas

Área de servicio: Anderson, Aransas, Bee, Bowie, Caldwell, Camp, Cass, Cherokee, Comal, Franklin, Gregg, Guadalupe, Hardin, Harrison, Henderson, Hopkins, Jasper, Jefferson, Jim Wells, Kleberg, Marion, Morris, Newton, Nueces, Orange, Panola, Red River, Refugio, Rusk, San Patricio, Smith, Titus, Tyler, Upshur, Van Zandt, y Wood

Este es un resumen de medicamentos y servicios médicos que cubre CHRISTUS Health Medicare Guardian (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 Guardian (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.
Reembolso de prima de la Parte B	\$125
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	\$40 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	\$75
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios de radiología de diagnóstico (MRI, CT, etc.)	\$150
Radiografías para paciente ambulatorio	\$10
Radiología terapéutica (por ejemplo, tratamiento de radiación para el cáncer)	20% del costo total
Servicios auditivos	
Examen que cubre Medicare	\$40
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	\$40
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	\$2,500 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)	\$40
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 \$250 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	\$40 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	\$40 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.

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.



Resumen de beneficios 2026

Beneficios adicionales		Sus costos en nuestro plan	
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	
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		\$40 por sesión individual/grupal	



Resumen de beneficios 2026

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	\$75 trimestralmente
-----------------------	----------------------



ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-282-3026 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-282-3026 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-282-3026 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
中文 Chinese	注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-844-282-3026 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-282-3026 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-282-3026 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓકિઝવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 844.282.3026 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-282-3026 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-844-282-3026 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.
日本語 Japanese	注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル (誰もが利用できるよう配慮された) な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-844-282-3026 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-282-3026 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
ລາວ Laotian	ເລື່ອງລາວ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-844-282-3026 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánittigogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jük'eh ná hólé. Bee ahit bane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anida'wo'i áko bee baa hane'í bee badadilyaa bich'i' ahoot'i'ígíí éí t'áá jük'eb hóló. Kohji' 1-844-282-3026 (TTY: 711) hodiilnih doodage nika'análwoi bich'i' hanidzih.
فارسی Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-844-282-3026 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-282-3026 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-282-3026 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
ไทย Thai	หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-844-282-3026 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (1-844-282-3026 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-282-3026 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.