

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata Plus HD - 2 visitas de PCP gratuitas;\$25 PCP;\$40 SPE; \$0 PrefGen; Visión para adultos, dental, fitness

Período de cobertura: 01/01/2023 – 31/12/2023

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 Médico - Individual	\$8,600	
Deducible Médico - Familia	\$17,200	
Deducible Farmacia - Individual	\$300	
Deducible Farmacia - Familia	\$600	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	\$9,100, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	\$18,200, 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 \$25 por visita después de las dos primeras visitas gratuitas, no aplica deducible	No cubierto
Visitas a un Especialista	Copago de \$40 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Visita como otro Profesional Médico	Copago de \$40 por visita, no aplica deducible	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Copago de \$40 por visita después del deducible (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Copago de \$25 por visita, no se aplica deducible	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciones	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Coseguro de 50% después del deducible	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Copago de \$40 por visita, no se aplica deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Copago de \$400 por visita después del deducible	No cubierto
Genéricos Preferidos	Sin costo	No cubierto
Genéricos No Preferidos	Copago de \$10 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 \$60 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días (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 No Preferidos	Copago de \$95 por receta después del deducible para un suministro estándar de 30 días (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 coseguro, no aplica deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	50% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	50% de coseguro 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	50% de coseguro después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Copago de \$40 por visita, no aplica deducible	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 Centro ambulatorio: 50% de coseguro 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 \$40 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	50% de coseguro después del deducible (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Copago de \$40 por visita después del deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Servicios de Rehabilitación	Copago de \$40 por visita después del deducible	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	50% de coseguro después del deducible (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	50% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	50% de coseguro 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
Chequeo Dental para Niños	Sin costo	No cubierto

- **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**.
- 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 alentarlo a utilizar **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y montos de coseguro** más bajos.

Visión del adulto* (A partir de los 19 años de edad, no incluye la cobertura de la vista pediátrica)

Servicios cubiertos por Visión del adulto	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Examen de la vista en adultos	Sin costo (1 examen por año)	No cubierto
Gafas para adultos	Sin costo (1 artículo por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto)	No cubierto

Dental para adultos* (A partir de los 19 años de edad, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental máximo anual: \$1,000 por persona cubierta por año calendario para todos los beneficios que se enumeran a continuación

Servicios cubiertos dentales para adultos	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Servicios dentales de rutina para adultos	Sin costo	No cubierto
Cuidado Dental Básico para Adultos	50% de coaseguro, no se aplica deducible	No cubierto
Cuidado Dental Mayor para Adultos	50% de coaseguro, no se aplica deducible	No cubierto
Ortodoncia para adultos	No cubierto	No cubierto

Beneficio de acondicionamiento físico para adultos* (mayores de 18 años)

Servicios cubiertos por acondicionamiento físico para adultos	Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Beneficio de acondicionamiento físico para adultos	Trinity Fitness Center - Sin costo	Reembolso mensual de \$20 para todos los demás centros de acondicionamiento físico

* Visión del adulto, servicios dentales y beneficio de acondicionamiento físico para adultos no se aplican al deducible del plan y al máximo de desembolso que aparece en la página 1.