CHRISTUS Health Plan

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata Estándar 94

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 General - Individual	$0, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia	$0, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	$1,700, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	$3,400, 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 *Evidencia de Cobertura*	Sí	
Servicios Cubiertos	**Proveedores Participantes**	**Proveedores No Participantes**
Visitas al Médico de Atención Primaria	Sin costo	No cubierto
Visitas a un Especialista	Copago de $10 por visita	No cubierto
Visitacomo otro Profesional Médico	Copago de $10 por visita	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	Sin costo. (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	Sin costo	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciónes	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	Coseguro de 25%	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	Coseguro de 25%	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	Coseguro de 25%	No cubierto

CHRISTUS® Health Plan

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Genéricos Preferidos	Sin costo	No cubierto
Genéricos No Preferidos	Sin costo	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de $15 por receta 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 $50 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	Copago de $150 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
Pago de Centro Ambulatorio	Coseguro de 25%	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	Coseguro de 25%	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	Coseguro de 25%	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	Coseguro de 25%	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	Copago de $5 por visita	No cubierto
Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados	Coseguro de 25%	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	Coseguro de 25%	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: Sin costo Centro ambulatorio: Coseguro de 25%	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Coseguro de 25%	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	Copago de $10 por visita	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	Coseguro de 25%	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	Coseguro de 25% (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	Sin costo (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilitación	Sin costo	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	25% de coseguro (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Equipo Médico Duradero	Coseguro de 25%	No cubierto
Servicio de Hospicio	Coseguro de 25%	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.