

# Resumen de beneficios para 2022

## CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) H1189, Plan 005

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye a los siguientes condados en Texas: Aransas, Bee, Jim Wells, Kleberg, Nueces, Refugio y San Patricio.

Si usted consulta a proveedores que no están en nuestra red, posiblemente no pagaremos estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto de “**Medicare y usted**” actual. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, tamaño de letra grande o audio.

Para encontrar más información, llame a la línea gratuita 1-844-282-3026, ● TTY 711 o visite nuestro sitio web [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

### **Horario de atención:**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Puede consultar la *Evidencia de cobertura*, el *Directorio de proveedores y farmacias* y el *Formulario* (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible anual para medicamentos con receta</b>	\$150	Aplica a los Niveles 4 y 5.
<b>Máximo anual de costos que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>	\$4,400	Lo máximo que pagará por copagos, coseguro y otros costos de los servicios médicos para el año.
<b>Servicios para pacientes internos y externos</b>		
<b>Pacientes internos</b>		<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuidados agudos</li> </ul>	Usted paga \$50 de copago por día para los días del 1 al 5. Usted no paga nada por día para los días del 6 al 90.	Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que ha usado estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salud mental</li> </ul>	Usted paga \$50 de copago por día para los días del 1 al 5. Usted no paga nada por día para los días del 6 al 90.	
<b>Pacientes externos</b>		<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Centro de cirugía ambulatoria</li> <li>○ Centro hospitalario</li> </ul>	Usted paga \$50 de copago por visita. Usted paga \$50 de copago por visita.	
<b>Visitas al médico</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico de atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	Usted no paga nada. Usted paga \$25 de copago por visita.	

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<p><b>Atención preventiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>○ Asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</li> <li>○ Consulta anual de “Bienestar”</li> <li>○ Medición de la masa ósea</li> <li>○ Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> <li>○ Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>○ Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>○ Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>○ Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>○ Examen de detección de depresión</li> <li>○ Prueba de detección y monitoreo de la diabetes</li> <li>○ Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>○ Prueba de detección de VIH</li> <li>○ Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> <li>○ Servicios de terapia médica nutricional</li> <li>○ Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>○ Prueba de detección y asesoramiento para obesidad</li> </ul>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato tendrán cobertura. Este plan cubre las pruebas de detección preventivas y los exámenes físicos anuales al 100% cuando utiliza proveedores dentro de la red.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<b>Atención preventiva continuación (continuación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>○ Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</li> <li>○ Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>○ Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, la hepatitis, la neumonía y la COVID-19.</li> <li>○ Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)</li> <li>○ Examen físico de rutina (una vez al año)</li> </ul>		
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$75 de copago por visita.	Cobertura a nivel mundial.  Exento de copago si es admitido dentro de 24 horas.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	Usted paga \$30 de copago por visita. Usted paga \$75 de copago por visita (a nivel mundial)	
<b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de laboratorio</li> <li>○ Radiografías como paciente externo</li> <li>○ Exámenes y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>	Usted no paga nada. Usted paga \$15 de copago por visita.  Usted paga \$25 de copago por visita.	<i>Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red.</i>  Comuníquese con el plan para obtener más información.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<p><b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, CT, PET)</li> <li>○ Terapia radiológica (p. ej. tratamiento con radiación para el cáncer)</li> </ul>	<p>Usted paga \$125 de copago por visita.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por visita.</p>	
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un examen anual de la audición de rutina</li> <li>○ Dispositivos auditivos</li> <li>○ Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul>	<p>Usted paga \$35 de copago por examen.</p> <p>Usted paga un copago de \$395 o \$695 con un proveedor de la red para dispositivos auditivos incluidos en el Nivel 3 del Formulario.</p> <p>Usted paga \$25 de copago por servicio.</p>	<p>1 cada año.</p> <p>El copago depende del fabricante, el producto y el estilo comprado en Amplifon del Nivel 2 del Formulario. Los dispositivos auditivos que no están incluidos en el Nivel 2 del Formulario están disponibles a un costo adicional. El miembro es responsable del pago del monto completo si compra dispositivos auditivos fuera del Nivel 2 del Formulario. No aplica copago. No están cubierto fuera de la red.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios odontológicos cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, rellenos, extracción o reemplazo de dientes)</li> </ul>	<p>Usted paga \$25 de copago por servicio.</p>	

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<p><b>Servicios odontológicos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios odontológicos preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Limpiezas</li> <li>• Tratamiento con flúor</li> </ul> </li> <li>○ Servicios odontológicos integrales (servicios de diagnóstico, restaurativos, extracciones, endodoncia, periodoncia, dentaduras postizas, prostodoncia, cirugía bucal o maxilofacial y otros servicios que no son de rutina)</li> </ul>	<p>Usted paga \$5 de copago por servicio.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por servicio.</p>	<p>1 visita cada año. 1 cada 2 años. 1 cada 6 meses. 1 cada 6 meses.</p> <p>El límite del máximo del beneficio es \$2,000. El beneficio aplica a servicios sin cobertura de Medicare.</p>
<p><b>Servicios para la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares</li> <li>○ Prueba de detección de glaucoma</li> <li>○ Un examen anual de la vista de rutina</li> <li>○ Anteojos (monturas/lentes) o lentes de contacto</li> </ul>	<p>Usted paga \$25 de copago por examen.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por prueba de detección.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted no paga nada.</p>	<p>1 cada año.</p> <p>Asignación de \$100 por año para 1 par de anteojos (monturas/lentes) o lentes de contacto.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita de terapia individual o grupal como paciente externo</li> </ul>	<p>Usted paga \$30 de copago por visita.</p>	
<p><b>Centro de enfermería especializada</b></p>	<p>Usted no paga nada por día para los días del 1 al 20.</p> <p>Usted paga \$164.50 de copago por día para los días del 21 al 100.</p>	<p>El plan cubre hasta por 100 días por período de beneficios.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Servicios de terapia física, ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</b>	Usted paga \$25 de copago por visita.	
<b>Ambulancia</b>	Usted paga \$200 de copago por cada viaje en un solo sentido.	Se exonera si es hospitalizado. Cobertura a nivel mundial.
<b>Transporte</b>	Usted no paga nada.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>  Limitado a 12 viajes en un solo sentido por año a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta 150 millas fuera del área de servicio).
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> ○ Medicamentos para quimioterapia ○ Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>

<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>		
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
<b>Fase 1: Deducible anual para medicamentos con receta</b>	Usted paga \$150 de deducible para el Nivel 4 y el Nivel 5.	
<b>Fase 2: Cobertura inicial</b> (Después de pagar el deducible)  Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Marca no preferida Nivel 5: Nivel de especialidad	<b>Minorista estándar (suministro para 31 días)</b>	<b>Pedido por correo estándar (suministro para 90 días)</b>
	Usted paga \$4. Usted paga \$10. Usted paga \$35. Usted paga 26%. Usted paga 29%.	Usted paga \$0. Usted paga \$0. Usted paga \$70. Usted paga 26%. Usted paga 29%.
<b>Fase 3: Período sin cobertura</b>	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también conocida como “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura inicia después de que el costo anual de medicamentos total (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) llegue a \$4,430.	

	Después de que entra al período sin cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, para cualquier medicamento durante el período sin cobertura.
<b>Fase 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que sus costos de medicamentos que usted paga de su bolsillo (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por medio de pedido por correo) lleguen a \$7,050, usted paga el que sea mayor entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el 5% del costo del medicamento.</li> <li>–o – \$3.95 para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>

El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que usted elija y cuando ingrese en alguna de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.

Si usted vive en un centro de atención de largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

<b>Beneficios adicionales</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Atención médica a domicilio</b>	Usted no paga nada.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>  No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la atención médica a domicilio cubierta por Medicare.
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</b> (Terapia individual y grupal)	Usted paga \$30 de copago por visita.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
<b>Equipo/suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero (p. ej. sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>○ Prótesis (p. ej. soportes, miembros artificiales)</li> </ul>	Usted paga 15% de coseguro.  Usted paga 15% de coseguro.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
<b>Control de la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suministros para control de la diabetes</li> <li>○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>○</li> </ul>	Usted no paga nada.  Usted no paga nada.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>



Beneficios adicionales	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<b>Control de la diabetes (continuación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zapatos o plantillas terapéuticas</li> </ul>	Usted paga \$10 de copago por artículo.	
<b>Cuidado del pie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen y tratamiento del pie cubierto por Medicare si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con algunas condiciones</li> <li>○ Cuidado del pie de rutina</li> </ul>	<p>Usted paga \$25 de copago por visita.</p> <p>Usted no paga nada.</p>	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabilitación cardíaca</li> <li>○ Rehabilitación pulmonar</li> </ul>	<p>Usted paga \$40 de copago por visita.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita.</p>	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
<b>Atención quiropráctica</b> (Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)	Usted paga \$20 de copago por visita.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>  36 visitas por año.
<b>Diálisis renal</b>	Usted paga 20% de coseguro.	
<b>Acupuntura cubierta por Medicare para dolor crónico en la parte baja de la espalda</b>	Usted paga \$25 de copago por visita.	Máximo de 20 visitas por año.
<b>Productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</b>	Usted no paga nada. Hasta \$100 de asignación cada trimestre para la compra de productos (OTC) del Catálogo de beneficios de Express Scripts.	Limitado a \$100 cada tres meses.  La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) no está incluida en este beneficio.
<b>Acondicionamiento físico</b>	Asignación mensual de \$20 para otros programas calificados de acondicionamiento físico, reembolsada cada trimestre.	Este beneficio proporciona acceso al centro de acondicionamiento físico en nuestras áreas. Nuestra misión es brindar un centro de salud y acondicionamiento físico diseñado para educar a nuestra comunidad sobre la importancia de la

Beneficios adicionales	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que debe saber
<b>Acondicionamiento físico (continuación)</b>		condición física. Con un equipo de profesionales del acondicionamiento físico y la salud, así como programas innovadores, nuestra intención es brindar orientación a las personas para que tengan una mejor calidad de vida.
<b>Entrega de comidas a domicilio.</b>	Usted no paga nada por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días. Sin límite de alta en un año.	Usted es elegible para recibir comidas a domicilio inmediatamente después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; Por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo.
<b>Telesalud</b>	Usted no paga nada.	Disponible solo con PCPs que pertenecen a la red.