

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata Estándar

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 | \$5,800, Medicina y Farmacia Combinadas | |
| Deducible General - Familia | \$11,600, Medicina y Farmacia Combinadas | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual | \$8,900, Medicina y Farmacia Combinadas | |
| Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia | \$17,800, 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 \$40 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Visitas a un Especialista | Copago de \$80 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Visita como otro Profesional Médico | Copago de \$80 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Servicios Quiroprácticos | Copago de \$40 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Trastorno del Espectro Autista | Copago de \$40 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciones | Sin costo | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre) | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Prueba Diagnóstica (Rayos X) | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Imágenes (CT, PET, MRI) | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes | Proveedores No Participantes |
|---|--|---|
| Genéricos Preferidos | Copago de \$20 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 |
| Genéricos No Preferidos | Copago de \$20 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 \$40 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 \$80 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 \$125 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 40% después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico Ambulatorio | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Sala de Emergencias | Coseguro de 40% después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Transporte de Emergencia | Coseguro de 40% después del deducible | Igual que los Proveedores Participantes |
| Atención (Cuidado) Urgente | Copago de \$60 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Visita al consultorio: copago de \$40 por visita, el deducible no se aplica Centro ambulatorio: 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Atención Prenatal y Postnatal | Copago de \$80 por visita, el deducible no se aplica | No cubierto |
| Servicios de Entrega y Hospitalización | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Atención Médica en el Hogar | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Rehabilitación | Copago de \$40 por visita después del deducible | No cubierto |
| Servicios de Habilitación | Copago de \$40 por visita después del deducible | No cubierto |

| Servicios Cubiertos | Proveedores Participantes | Proveedores No Participantes |
|------------------------------------|--|------------------------------|
| Centro de Enfermería Especializada | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Equipo Médico Duradero | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Servicio de Hospicio | Coseguro de 40% después del deducible | No cubierto |
| Trastorno por Déficit de Atención | Copago de \$40 por visita, no aplica deducible | No cubierto |
| Labio Leporino/ Paladar Hendido | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Anestesia Dental | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Beneficios de la Cirugía Oral | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Enfermería de Servicio Privado | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Estudios del Sueño | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Pruebas Previas a la Admisión | 40% de coseguro después del deducible | No cubierto |
| Cuidado Rutinario de los Pies | Copago de \$40 por visita, no aplica 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 alentarle a utilizar **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y montos de coseguro** más bajos.