CHRISTUS Health Plan

Calendario de beneficios

Tipo de plan: CHRISTUS Plata 87 - 2 visitas de PCP gratuitas, incluye Virtual

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	$400, Medicina y Farmacia Combinadas	
Deducible General - Familia	$800, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Individual	$2,400, Medicina y Farmacia Combinadas	
Límite General de Costos de su Bolsillo - Familia	$4,800, 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 *Evidencia de Cobertura*	Sí	
Servicios Cubiertos	**Proveedores Participantes**	**Proveedores No Participantes**
Visitas al Médico de Atención Primaria	40% de coseguro después de las dos primeras visitas gratuitas, después del deducible	No cubierto
Visitas a un Especialista	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Visitacomo otro Profesional Médico	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios Quiroprácticos	40% de coseguro después del deducible (límite de 35 visitas por año calendario, combinado con servicios de rehabilitación)	No cubierto
Trastorno del Espectro Autista	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Cuidado Preventivo, Pruebas de Detección, y Immunizaciónes	Sin costo	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Análisis de Sangre)	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Prueba Diagnóstica (Rayos X)	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Imágenes (CT, PET, MRI)	40% de coseguro después del deducible	No cubierto

CHRISTUS® Health Plan

Servicios Cubiertos	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Genéricos Preferidos	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Genéricos No Preferidos	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Medicamentos de Marca Preferidos	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Medicamentos No Preferidos	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Medicamentos Especializados	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Centro Ambulatorio	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico Ambulatorio	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios de Sala de Emergencias	40% de coseguro después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Transporte de Emergencia	40% de coseguro después del deducible	Igual que los Proveedores Participantes
Atención (Cuidado) Urgente	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Centro para Pacientes Hospitalizados	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Pago de Cirujano Médico en Centro para Pacientes Hospitalizados	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios Ambulatorios de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	Visita al consultorio: 40% de coseguro después del deducible Centro ambulatorio: 40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios para Pacientes Hospitalizados de Salud Mental, Salud Conductual y Abuso de Sustancias	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Atención Prenatal y Postnatal	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicios de Entrega y Hospitalización	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Atención Médica en el Hogar	40% de coseguro después del deducible (Límite de 60 visitas por año calendario)	No cubierto
Servicios de Rehabilitación	40% de coseguro después del deducible (Límite de 35 visitas por año calendario, combinado con atención quiropráctica)	No cubierto
Servicios de Habilitación	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Centro de Enfermería Especializada	40% de coseguro después del deducible (Límite de 25 días por año calendario)	No cubierto
Equipo Médico Duradero	40% de coseguro después del deducible	No cubierto
Servicio de Hospicio	40% 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.