




El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) te ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC te muestra cómo tú y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado; este es solo un resumen. Para obtener más información sobre tu cobertura u obtener una copia de los términos de cobertura completos, comunícate con los Servicios para afiliados al (855)-428-7284 o visita [www.curative.com](http://www.curative.com). Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros [términos](#) subrayados, consulta el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llama al (855)-428-7284 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<p>¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?</p>	<p><b>Con Visita Introductoria completada:</b>                      \$0 dentro de la red.  <b>Sin Visita Introductoria completada:</b>                      Deducible de \$5,000 por persona/\$10,000 por familia dentro de la red.</p>	<p>Generalmente, debes pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a>, cada miembro debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros alcance el <a href="#">deducible general de la familia</a>.</p> <p>Curative requiere la realización de una Visita Introductoria dentro de los primeros 120 días posteriores a la fecha de entrada en vigor del Plan Curative, para garantizar que pagues el costo más bajo (normalmente \$0) por tus <a href="#">copagos</a>, <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a>. La Visita Introductoria es una consulta con un médico de Curative para darte de alta en el plan de salud y conocer tus metas en materia de salud. La Visita Introductoria debe programarse y completarse en un plazo de 120 días naturales a partir de la fecha de entrada en vigor del Plan Curative.</p> <p>En tu primer año, durante los primeros 120 días naturales, tus costos se alinearán automáticamente con los montos indicados al completar la Visita Introductoria, si utilizas un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>. Consulta tu folleto de beneficios para conocer los requisitos de la Visita Introductoria en el momento de la renovación.</p> <p>Si no completas la Visita Introductoria en 120 días, se aplicarán los <a href="#">copagos</a>, <a href="#">deducibles</a> y <a href="#">coseguros</a> indicados en ésta y las siguientes tablas para "Sin Visita Introductoria completada"</p> <p>.</p> <p>Para que se considere completada, no será necesario que respondas a preguntas relacionadas con tu salud sobre discapacidades o información genética, ni que realices</p>

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		exámenes médicos durante la Visita Introductoria.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar tu <b>deducible</b> ?	Sí, <b>la atención preventiva</b> y las vacunas para niños menores de 6 años están cubiertas antes de alcanzar el <b>deducible</b> .	Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios aunque aún no hayas alcanzado el monto del <b>deducible</b> , pero puede aplicarse un <b>copago</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre determinados <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que alcances el <b>deducible</b> . Consulta la lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No	No tienes que alcanzar <b>deducibles</b> para servicios específicos
¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-out-of-pocket-limit">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-out-of-pocket-limit</a> para este <b>plan</b> ?	<b>Con Visita Introductoria completada:</b> Para <b>proveedores dentro de la red</b> \$0 individual / \$0 familiar Medicamentos de marca y genéricos no preferidos y Medicamentos especiales no preferidos \$7,500 individual y \$15,000 familiar dentro de la red. <b>Sin Visita Introductoria completada:</b> El gasto máximo de tu bolsillo es de \$7,500 por persona y \$15,000 por familia dentro de la red.	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puedes pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de tu familia en este plan, deben alcanzar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta alcanzar el <b>límite de gastos de bolsillo</b> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<b>Los copagos</b> para ciertos servicios, <b>las primas</b> , <b>los cargos por facturación de saldo</b> y la atención médica que este <b>plan</b> no cubre y coaseguro <b>fuera de la red</b> .	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagarás menos si utilizas un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí, consulta <a href="http://www.curative.com">www.curative.com</a> o llama al (855)428-7284 para obtener una lista de <b>proveedores dentro de la red</b> .	Este plan no incluye la cobertura de los servicios prestados por <b>proveedores fuera de la red</b> , excepto en ciertas circunstancias descritas en el Folleto de beneficios.
¿Necesitas una <b>remisión</b> para ver a un	No	Puedes consultar al <b>especialista</b> que elijas sin necesidad de una <b>remisión</b> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<a href="#">especialista?</a>		

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar tu [deducible](#) , si se aplica [uno](#) .

Situación médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (con Visita Introdutoria completada. Pagarás el mínimo).	Proveedor de la red (Sin Visita Introdutoria completada. Pagarás más.)	Proveedor fuera de la red (Pagarás el máximo)	
Si visitas el consultorio o la clínica de un <b>proveedor</b> de atención médica	Consulta con un médico atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Copago de \$25 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment</a> por visita	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Consulta</a> con un especialista	\$0	Copago de \$50 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment</a> por visita	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</a>	\$0	\$0	Sin cobertura	Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunta a tu <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifica lo que tu <a href="#">plan</a> pagará.
Si te realizas un examen	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes diagnósticas (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [TEP], resonancias magnéticas [IRM])	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización</a> previa. Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad	Medicamentos preferidos (incluye medicamentos genéricos, de marca y	\$0	Copago de \$50 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-</a>	Sin cobertura	<a href="#">Es posible que se requiera autorización previa</a> . Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , es probable que

Situación médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (con Visita Introdutoria completada. Pagarás el mínimo).	Proveedor de la red (Sin Visita Introdutoria completada. Pagarás más.)	Proveedor fuera de la red (Pagarás el máximo)	
<b>o afección</b> Hay más información sobre la cobertura de <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-prescription-drug-coverage">Medicamentos con receta</a> <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-prescription-drug-coverage">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-prescription-drug-coverage</a> está disponible en <a href="https://www.curative.com/drugs">curative.com/drugs</a>	especializados)		<a href="#">copayment</a> por medicamento recetado		no podemos cubrir tu medicamento.  *Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$7,500 individual / \$15,000 familiar.
	Medicamentos de marca y genéricos no preferidos (gasto máximo anual de tu propio bolsillo)*	Copago de \$50 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment</a> por medicamento recetado	Copago de \$100 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment</a> por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados <a href="#">no preferidos</a> (gasto máximo anual de tu propio bolsillo)*	Copago de \$250 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment</a> por receta	25% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	
<b>Si te hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización</a> previa. Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesitas atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	Se limita a servicios en Estados Unidos.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	Se limita a servicios en Estados Unidos.

Situación médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (con Visita Introdutoria completada. Pagarás el mínimo).	Proveedor de la red (Sin Visita Introdutoria completada. Pagarás más.)	Proveedor fuera de la red (Pagarás el máximo)	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesitas hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> . Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesitas servicios de salud mental, salud de comportamiento o de abuso de sustancias</b>	Servicios intensivos para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Es posible que se requiera autorización previa</a> . Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> . Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
<b>Si estás embarazada</b>	Consultas	\$0	Copago de \$25 <a href="https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/">https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/</a> - <a href="#">copayment</a> por visita (solo primera visita)	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales para el nacimiento y el	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna

Situación médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (con Visita Introdutoria completada. Pagarás el mínimo).	Proveedor de la red (Sin Visita Introdutoria completada. Pagarás más.)	Proveedor fuera de la red (Pagarás el máximo)	
	parto				
	Servicios de centros para el nacimiento y el parto	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización</a> previa. Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización</a> previa. Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> para equipos que cuesten más de \$750, extractores de leche manuales o eléctricos estándar cubiertos por hasta \$500.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	\$0	20% <a href="#">de coaseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización</a> previa. Si no obtienes <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <a href="#">monto permitido</a> del servicio.
Si tu hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que tu [plan](#), por lo general, NO cubre (consulta tu póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención fuera de Estados Unidos
- Cuidados a largo plazo
- Cuidado de los pies de rutina
- Cirugía estética
- Enfermería privada
- Cuidado de los ojos de rutina
- Tratamiento de infertilidad
- Atención dental de rutina

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulta el documento del [plan](#) ).

- Acupuntura (20 visitas por año del plan)
- Atención quiropráctica (20 visitas por año del plan)
- Programas de pérdida de peso (se requiere autorización previa)
- Cirugía bariátrica (una vez en la vida)
- Auxiliares auditivos (se aplican límites, ver folleto de beneficios)

**Tu derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarte si deseas conservar tu cobertura después de que finalice. La información de contacto de estos organismos es: para COBRA (Departamento del Trabajo de EE.UU.) (866) 444-3272; para la continuación en el estado de Texas (Departamento de Seguros de Texas) (800) 252-3439. Además, es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles, como comprar un seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visita [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llama al 1-800-318- 2596.

**Tu derecho a presentar una queja o apelación:** Hay organismos que pueden ayudarte si tienes una queja contra tu [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). A esta queja se le conoce como [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás por dicha [reclamación](#). Los documentos de tu [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante tu [plan](#). Si quieres obtener más información sobre tus derechos o sobre este aviso, o si necesitas ayuda, comunícate con Servicios para Afiliados de Curative al (855) 428-7284.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si cubres los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede que no seas elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si tu [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumplas con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas](#) que te ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios de acceso a idiomas:

Español): Para obtener asistencia en Español, llama al (855)-428-7284.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (855)-428-7284.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 (855)-428-7284.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' (855)-428-7284.

**Declaración de divulgación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de la OMB válido para esta



recopilación de información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para consultar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tienes comentarios sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribe a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

*Para conocer ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Tus costos reales variarán en función del tratamiento real que recibas, los precios que cobren tus [proveedores](#) y otros factores. Presta atención a las cantidades del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Usa esta información para comparar la parte de los costos que podrías pagar con distintos [planes](#). Ten en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general [del plan es de](#) \$5,000
- [Coseguro con un especialista del](#) 20%
- [Coseguro hospitalario \(instalación\) del](#) 20%
- Otros [coseguros del](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

[Consultas con el](#) especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios de centros para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con el [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$5000
<a href="#">Copagos (1.ª consulta)</a>	\$25
<a href="#">Coseguro (20 % de \$7625)</a>	\$1535
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6560</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para

- El [deducible](#) general [del plan es de](#) \$5,000
- [Copago con un especialista de](#) \$50
- [Coseguro hospitalario \(instalación\) del](#) 20%
- Otros [coseguros del](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Consultas con el [médico de atención primaria](#) (*incluida la información sobre enfermedades*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$5000
<a href="#">Copagos (4 consultas)</a>	\$200
<a href="#">Coseguro (20 % de \$400)</a>	\$80
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5280</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general [del plan es de](#) \$5,000
- [Coseguro con un especialista del](#) 20%
- [Coseguro hospitalario \(instalación\) del](#) 20%
- Otros [coseguros del](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)  
[Examen de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2800</b>

Nota: Estos números indican que el paciente no ha completado su Visita Introdutoria. Si ya completaste tu Visita Introdutoria, tendrás a tu disponibilidad un copago de \$0, un deducible de \$0 y un coseguro del 0% para cada uno de estos ejemplos.