




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. 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 deducible general?</p>	<p>Con Visita Introductoria completada: \$0 dentro de la red. \$10,000 por persona/\$20,000 por familia fuera de la red</p> <p>Sin Visita Introductoria completada: \$5,000 por persona/\$10,000 por familia dentro de la red. \$10,000 por persona/\$20,000 por familia fuera de la red</p>	<p>Generalmente, debes pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros alcance el deducible general de la familia.</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 copagos, deducible y coseguro. 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 proveedor dentro de la red. 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 copagos, deducibles y coseguros indicados en ésta y las siguientes tablas para "Sin Visita Introductoria completada"</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 <u>deducible</u> ?	Sí, <u>la atención preventiva</u> y las vacunas para niños menores de 6 años están cubiertas antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque aún no hayas alcanzado el monto del <u>deducible</u> , pero puede aplicarse un <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcances el <u>deducible</u> . Consulta la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No tienes que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-out-of-pocket-limit para este <u>plan</u> ?	<p>Con Visita Introductoria completada: Para <u>proveedores de red</u> \$0 individual/ \$0 familiar; Medicamentos de marca y genéricos no preferidos y Medicamentos especiales no preferidos \$7,500 individual y \$15,000 familiar. para <u>proveedores fuera de la red</u> \$15,000 individual / \$30,000 familiar.</p> <p>Sin Visita Introductoria completada: Para <u>proveedores dentro de la red</u> \$7,500 por persona/\$15,000 por familia; para proveedores <u>fuera de la red</u> , \$15,000 por persona/\$30,000 por familia.</p>	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> 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 <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldos</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagarás menos si	Sí, consulta www.curative.com o	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagarás menos si utilizas un <u>proveedor</u> que esté

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
utilizas un proveedor dentro de la red ?	llama al (855)428-7284 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	incluido en la red del plan . Pagarás el máximo si usas un proveedor fuera de la red , y es posible que recibas una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que tu plan paga (facturación de saldos). Mantente atento: tu proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifica con tu proveedor antes de usar los servicios.
¿Necesitas una remisión para ver a un especialista ?	No	Puedes consultar al especialista que elijas sin necesidad de una remisión .

 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 proveedor de atención médica	Consulta con un médico atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Copago de \$25 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por visita	Copago de \$50 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por visita	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$0	Copago de \$50 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por visita	Copago de \$100 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por visita	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección	\$0	\$0	Copago de \$50 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-	Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunta a tu proveedor si los

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)	
	vacunas			copayment por atención preventiva/pruebas de detección Copago de \$0 para vacunas para niños menores de 6 años	servicios necesarios son preventivos. Luego verifica lo que tu plan pagará.
Si te realizas un examen	Examen de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Imágenes diagnósticas (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [TEP], resonancias magnéticas [IRM])	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un 50% del monto permitido del servicio.
Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de Medicamentos con receta https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-prescription-drug-coverage está disponible en	Medicamentos preferidos (incluye medicamentos genéricos, de marca y especializados)	\$0	Copago de \$50 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por medicamento recetado	50% de coaseguro	Es posible que se requiera autorización previa . Si no obtienes autorización previa , es probable que no podamos cubrir tu medicamento.
	Medicamentos de marca y genéricos no preferidos (gasto máximo anual de tu propio bolsillo)*	Copago de \$50 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por medicamento	Copago de \$100 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por receta	50% de coaseguro	*Para proveedores dentro de la red \$7,500 individual / \$15,000 familiar.

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)	
curative.com/drugs		recetado			
	Medicamentos especializados <u>no preferidos</u> (gasto máximo anual de tu propio bolsillo)*	Copago de \$250 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-copayment por receta	25% de <u>coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	
Si te hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$0	20 % <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización</u> previa. Si no obtienes <u>autorización previa</u> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <u>monto permitido</u> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	
Si necesitas atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	20% <u>de coaseguro</u>	Se limita a servicios en Estados Unidos.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	20% <u>de coaseguro</u>	Se limita a servicios en Estados Unidos.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Ninguna
Si necesitas hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización</u> previa. Si no obtienes <u>autorización previa</u> , los beneficios podrían reducirse en un 50% del <u>monto permitido</u> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	\$0	20% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	

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 necesitas servicios de salud mental, salud de comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios intensivos para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Es posible que se requiera autorización previa . Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un 50% del monto permitido del servicio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un 50% del monto permitido del servicio.
Si estás embarazada	Consultas	\$0	\$25 de copago por visita (solo en la primera visita)	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Ninguna
	Servicios de centros para el nacimiento y el parto	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un 50% del monto permitido del servicio.
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras	Atención médica a domicilio	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un
	Servicios de	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	

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)	
necesidades de salud especiales	rehabilitación				50% del monto permitido del servicio.
	Atención de enfermería especializada	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	
	Equipo médico duradero	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa para equipos que cuesten más de \$750; los extractores de leche manuales o eléctricos estándar están cubiertos por hasta \$500.
	Servicios de cuidados paliativos	\$0	20% de coaseguro	50% de coaseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtienes autorización previa , los beneficios podrían reducirse en un 50% del monto permitido 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 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 21244-18.

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*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

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

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- 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*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$5000
Copagos (4 consultas)	\$200
Coseguro (20 % de \$400)	\$80
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$5280

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*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2800

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.