



2024

Curative EPO Benefit Booklet

ÍNDICE

BIENVENIDA	1
Folleto de prestaciones	1
Tarjetas de identificación	1
RESUMEN DE PRESTACIONES	2
CÓMO FUNCIONA TU PLAN DE SALUD	8
Elección de proveedores y cómo se aplicará la cobertura.....	8
Dentro de la red	8
Servicios necesarios fuera de la red	8
Visita introductoria.....	9
Prestaciones farmacéuticas	9
El plan cubre los servicios que son médicamente necesarios	10
Monto permitido	10
Tarjetas y planes de descuento para proveedores y medicamentos.....	10
Declaración de los afiliados	10
¿QUÉ CUBRE TU PLAN DE SALUD?	
.....	
.....	
.....	
.....	
11	
Lesión cerebral adquirida.....	11
Acupuntura.....	11
Diagnóstico avanzado por imágenes	11
Atención de alergias.....	12
Servicios de ambulancia	12
Fórmulas elementales a base de aminoácidos.....	12
Anestesia	13
Cirujano asistente	13
Trastorno del espectro autista.....	13
Transfusiones sanguíneas.....	13
Apoyo y servicios para la lactancia	13

Ensayos clínicos	14
Servicios de control de la diabetes	14
Mamografías de diagnóstico y de detección.....	15
Equipo médico duradero	16
Atención de emergencia	16
Fórmulas para la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria.....	17
Cirugía y tratamiento de afirmación de género	17
Cuidado de la audición e implantes cocleares.....	18
Atención médica a domicilio.....	18
Cuidados de hospicio (se recomienda autorización previa).....	18
Hospitalización (se recomienda autorización previa).....	19
Servicios de atención a la infertilidad.....	19
Servicios de laboratorio y radiografías.....	19
Atención médica de maternidad (se recomienda autorización previa para el parto)	19
Gastos médicos	20
Salud mental/Salud conductual.....	21
Obesidad (se recomienda autorización previa).....	22
Cirugía bucal (se recomienda autorización previa).....	22
Trasplantes de órganos y tejidos (se recomienda autorización previa)	23
Ortopedia	24
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (se recomienda autorización previa)	24
Cuidados paliativos (se recomienda autorización previa).....	24
Pruebas prenatales	24
Atención preventiva.....	24
Servicios profesionales	27
Dispositivos protésicos (se recomienda autorización previa)	27
Cirugía reconstructiva (se recomienda autorización previa).....	28
Servicios de rehabilitación (fisioterapias, terapias del habla y ocupacionales) (se recomienda autorización previa).....	28
Centro de enfermería especializada (se recomienda autorización previa).....	28
Tratamiento del consumo de sustancias/trastornos por consumo de opiáceos/salud conductual (se recomienda autorización previa).....	29

Telemedicina/Telesalud	30
Telemedicina a demanda.....	30
Pelucas	30
TUS BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS.....	
.....	
.....	
.....	
32	
Límites en los copagos	33
Límites en el costo compartido de la insulina	33
Gotas oftálmicas recetadas.....	33
Coordinación de medicamentos recetados.....	33
Acceso a la farmacia.....	33
Cobertura de medicamentos de uso no aprobado.....	33
Dosis acumulativa de opioides.....	35
Vacunas en farmacias.....	35
Dejar de fumar	36
Terapia escalonada.....	36
Autorización previa de recetas médicas	36
Determinación adversa por limitación del formulario	37
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	
.....	
.....	
.....	
38	
GESTIÓN DEL USO	44
Continuidad de la atención: proveedores de la red.....	44
Continuidad de la atención.....	44
Autorizaciones previas	44
¿Qué sucede si los servicios no están autorizados previamente?	44
Cómo realizar una autorización previa.....	44
Autorización previa para hospitalizaciones	44
Renovación de autorización previa	47

Procedimientos de autorización previa	47
RECLAMACIONES	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	48
¿Cuáles son los procedimientos para reclamos y apelaciones?	48
Presentar un reclamo médico	48
Cómo presentar un reclamo.....	48
Cómo presentar un reclamo médico	49
Defectos en procedimientos.....	50
Decisiones sobre los reclamos	50
Reclamos previos al servicio.....	50
Reclamos de atención médica de emergencia	51
Decisiones de atención médica concurrente	51
Reclamos posteriores al servicio	52
Plazos para determinar una decisión.....	52
Avisos de determinación adversa	52
Apelaciones de determinaciones adversas.....	54
Plazo para determinar la decisión de una apelación	55
Aviso de determinación adversa sobre la apelación.....	55
Agotamiento	56
Asignaciones y representantes autorizados	56
Apelación voluntaria para una revisión externa	57
Cómo funciona la apelación voluntaria para una revisión.....	57
Cómo solicitar una revisión externa	57
DISPOSICIÓN SOBRE SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y RECUPERACIÓN DE	
TERCEROS	59
Subrogación	59
Derecho de reembolso.....	59
Derecho de recuperación mediante subrogación o reembolso.....	59
Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés)	60

Definiciones.....	60
Reglas de determinación del orden de las prestaciones	62
Efecto sobre las prestaciones de este plan	65
Prestaciones para personas con derecho a Medicare.....	65
Prestaciones para discapacitados	66
Cumplimiento de las leyes federales y estatales sobre información confidencial.....	66
Facilidad de pago.....	67
Derecho de recuperación.....	67
DISPOSICIONES DEL PLAN.....	68
Elegibilidad.....	68
Elegibilidad de los empleados.....	68
Elegibilidad de los dependientes.....	68
Cambios por eventos de vida.....	68
Inscripción especial.....	69
Finalización de la cobertura	70
Finalización de la cobertura: fraude o tergiversación intencional de un hecho importante	70
Continuación de la cobertura del plan (COBRA)	71
Prórroga por discapacidad	71
Diversos eventos calificados.....	72
Elegibilidad para la continuación de la cobertura.....	72
Cómo puedes elegir la continuación de la cobertura amparada por COBRA.....	72
Costo de la cobertura de COBRA.....	73
Pago inicial.....	73
Continuación de los pagos mensuales	73
Finalización de la continuación de la cobertura	73
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	75
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	86
Cuidados de hospicio (se recomienda autorización previa).....	20
Hospitalización (se recomienda autorización previa).....	21
Atención médica de maternidad (se recomienda autorización previa para el parto).....	21
Obesidad (se recomienda autorización previa).....	24

Cirugía bucal (se recomienda autorización previa).....	25
Trasplantes de órganos y tejidos (se recomienda autorización previa)	25
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (se recomienda autorización previa)	26
Cuidados paliativos (se recomienda autorización previa).....	26
Dispositivos protésicos (se recomienda autorización previa).....	30
Cirugía reconstructiva (se recomienda autorización previa)	30
Servicios de rehabilitación (terapias físicas, del habla y ocupacionales) (se recomienda autorización previa)	31
Centro de enfermería especializada (se recomienda autorización previa)	31
Tratamiento del consumo de sustancias/trastornos por consumo de opiáceos/salud conductual (se recomienda autorización previa).....	31
¿Cuáles son los procedimientos para reclamos y apelaciones?	51
Cómo presentar una reclamación médica	51
Prórroga por discapacidad	77
Múltiples eventos calificados.....	78
Elegibilidad para la continuación de la cobertura.....	78
Cómo puedes elegir la continuación de la cobertura amparada por COBRA:	78
Costo de la cobertura de COBRA	79
Pago inicial.....	79
Continuación de los pagos mensuales	79
Finalización de la continuidad de la cobertura	79



BIENVENIDA

Construir un futuro saludable juntos

Folleto de beneficios

Este Folleto de beneficios es una guía de los beneficios de tu Plan de salud. Incluye definiciones de términos que debes conocer e información detallada sobre tu Plan de salud. Se incluye un índice completo que te ayudará a localizar la información pero, si tienes alguna pregunta, ponte en contacto con Servicios para Afiliados de Curative por teléfono al 855-428-7284.

Eres responsable de leer detenidamente este Folleto de beneficios para conocer todos los beneficios y requisitos del Plan de salud, incluidas las definiciones, limitaciones y exclusiones. En la tabla de Resumen de beneficios se desglosan los copagos, el deducible y los porcentajes de coaseguro para los servicios que más utilizan los afiliados.

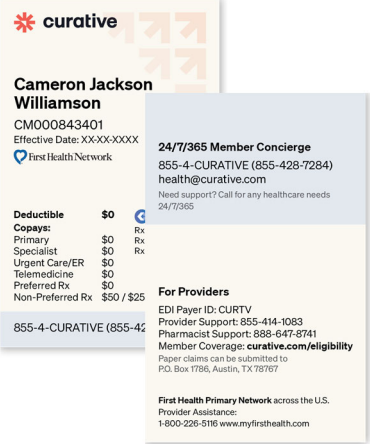
Puedes encontrar la información y los formularios en nuestro sitio web www.curative.com. Para obtener información específica y los formularios relacionados con tus Beneficios de medicamentos recetados, consulta en www.curative.com/drugs.

Este Folleto de beneficios y el Anexo al Folleto de beneficios, en conjunto, son la Descripción resumida del plan ("SPD") para el Plan de salud.

Tarjetas de identificación

La Tarjeta de identificación emitida por Curative te identifica como afiliado del Plan de salud que ofrece tu empleador. Esta tarjeta de identificación contiene información básica sobre ti, tu empleador y los beneficios a los que tienes derecho. Recuerda siempre llevarla contigo, presentarla cuando recibas servicios o suministros de atención médica, y asegurarte de que tu proveedor tenga siempre una copia actualizada.

También tendrás acceso a tu Tarjeta de identificación en línea, en el Portal de Afiliados de Curative disponible en health.curative.com. O puedes solicitar otra Tarjeta en cualquier momento, ya sea en línea en health.curative.com o mediante los Servicios para Afiliados de Curative llamando al teléfono 855-428-7284.





RESUMEN DE BENEFICIOS

Los beneficios Dentro y Fuera de la red se aplican a los miembros, y los servicios se limitan a la cantidad permitida según lo determine el Administrador de reclamaciones. Todos los proveedores Dentro de la red han aceptado la cantidad permitida como pago total. En el caso de los proveedores Fuera de la red, cualquier cargo superior a la cantidad permitida es responsabilidad del paciente, además del deducible y coseguro.

Si completas tu visita introductoria dentro de los 120 días calendario de la fecha de entrada en vigencia en el plan de salud, se eximirá de todos los copagos, deducibles y coseguros médicos dentro de la red, de modo que los servicios de proveedores dentro de la red siempre serán sin cargo. Si no puedes programar una visita introductoria dentro de los 120 días calendario de la fecha de entrada en vigor porque no hay una cita disponible, Curative extenderá el plazo para completar la visita introductoria hasta que haya una cita disponible. Se seguirán aplicando el máximo de visitas, las limitaciones y las prestaciones escalonadas de farmacia.

En el primer año, durante los primeros 120 días calendario de inscripción en el plan de salud, se eximirá a todos los afiliados de los copagos, deducibles y coseguros por los servicios prestados dentro de la red.

La Visita Introductoria es una consulta con un médico de Curative para incorporarte al Plan de salud de Curative, para que conozcas tus objetivos de salud y que sepamos cómo podemos colaborar contigo para satisfacer tus necesidades de atención médica actuales y futuras. La Visita Introductoria también incluirá una evaluación de las recomendaciones preventivas indicadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) y evaluará si tus vacunas están al día, todo esto para mantenerte saludable.

***** NOTA: Los servicios prestados por proveedores Fuera de la Red no están cubiertos a menos que los servicios de la Red no estuvieran disponibles, tal como se describe en el apartado “Servicios necesarios Fuera de la Red” de este Folleto de Beneficios. Los Servicios necesarios Fuera de la Red se tratarán igual que los Servicios de la Red.**

Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Cuando se cumple con la Visita Introductoria (ver arriba)	Cuando no se cumple con la Visita Introductoria (ver arriba)
Deducible anual	\$0	\$5,000 por persona \$10,000 por familia
Porcentaje de coseguro	0%	20 % en atención médica; 25 % en farmacia (con límite de \$25 por mes en insulina)



Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Cuando se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)	Cuando no se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)
Gasto anual máximo de tu propio bolsillo (servicios médicos)	\$0 Medicamentos de marca y genéricos no preferidos y Medicamentos especiales \$7,500 por persona \$15,000 por familia	\$7,500 por persona \$15,000 por familia
Beneficio máximo de por vida	Sin límite	Sin límite
SERVICIOS PRESENCIALES		
Atención preventiva	Copago de \$0	Copago de \$0
Vacunas para menores de 6 años Cubiertas al 100 %	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicina familiar Medicina interna Ginecología y obstetricia Pediatria (Visita presencial/virtual)	Copago de \$0	Copago de \$25 después del deducible
Visita (presencial/virtual) con un especialista	Copago de \$0	Copago de \$50 después del deducible
Telemedicina a demanda con una visita al médico 24/7/365	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de urgencia	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Laboratorio y radiografías	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Otras pruebas	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Pruebas de alergia	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible



Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Quando se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)	Quando no se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)
Suero/inyecciones contra la alergia (si no se factura una visita presencial)	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Beneficios de farmacia (se aplica un tope de \$25 por mes a las obligaciones de participación en los gastos para la insulina incluida en el Formulario de Curative)		
Medicamentos preferidos (incluye ciertos medicamentos genéricos, de marca y especializados)	Copago de \$0	Copago de \$50 después del deducible. (Pedido por correo: copago sin cargo para suministros de 30 a 90 días. Suministro para 90 días solo disponible para ciertos medicamentos de mantenimiento).
Medicamentos de marca y genéricos no preferidos (gasto máximo anual de tu propio bolsillo)	Copago de \$50	Copago de \$100 después del deducible. (Pedido por correo: copago de \$50 a \$150 para suministros de 30 a 90 días solo disponible para ciertos medicamentos de mantenimiento).
Medicamentos especializados no preferidos (gasto máximo anual de tu bolsillo)	Copago de \$250	Coseguro del 25 % después del deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA (limitado a los servicios en Estados Unidos)		
Servicio de ambulancia	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Hospital/sala de emergencias independiente	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Médicos de la sala de emergencias	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
ATENCIÓN AMBULATORIA		
Observación	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible



Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Cuando se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)	Cuando no se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)
Cirugía: instalaciones	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Cirugía: médico	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Laboratorio y radiografías	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Escaneos de imágenes avanzadas	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Otras pruebas	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Procedimientos ambulatorios en consultorio médico	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Hospital: habitación semiprivada y comida	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Cirugía para pacientes hospitalizados	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Médico	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Visitas presenciales para la atención prenatal y posnatal	Copago de \$0	Copago de \$25 después del deducible (solo la primera consulta)
Parto: instalaciones/atención a pacientes hospitalizados	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Atención obstétrica y parto: médico	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Atención del recién nacido: cubierta durante los primeros 30 días sin haberse inscrito	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible (cubierto bajo el deducible de la madre los primeros 30 días)



Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Cuando se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)	Cuando no se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)
TERAPIA		
Fisioterapia	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Terapia ocupacional	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Terapia del habla y la audición	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Análisis conductual aplicado	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
ATENCIÓN PROLONGADA		
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Servicios de asistencia médica a domicilio	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Servicios de cuidados de hospicio	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
SALUD DEL COMPORTAMIENTO		
Enfermedad mental: visita presencial/virtual	Copago de \$0	Copago de \$25 después del deducible
Enfermedad mental: tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Enfermedad mental: hospitalización	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Trastorno por consumo de sustancias: Visita presencial/virtual	Copago de \$0	Copago de \$25 después del deducible



Cobertura	Curative dentro de la red	Curative dentro de la red
	Cuando se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)	Cuando no se cumple con la Visita Introdutoria (ver arriba)
Trastorno por consumo de sustancias: Servicios intensivos para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Trastorno por consumo de sustancias: Tratamiento para pacientes hospitalizados	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
OTROS SERVICIOS		
Equipo médico duradero	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Dispositivos protésicos	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Auxiliares auditivos	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Cirugía bariátrica (limitado a una cirugía de por vida)	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Apoyo y servicios para la lactancia (1 bomba por embarazo)	Copago de \$0	Copago de \$0
Acupuntura (Limitada a 20 visitas por año del plan)	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible
Pelucas (limitadas a \$200 por año del plan)	Copago de \$0	Coseguro del 20 % después del deducible

*El Plan de salud cubre los servicios de atención preventiva de conformidad con los requisitos de la Ley de Atención Médica Asequible y los reglamentos y directrices de implementación de la misma (la "ACA"). En la medida en que alguno de los servicios del Plan constituya un servicio de atención preventiva según la definición de la ACA, se proporcionará la cobertura exigida por la ley.



CÓMO FUNCIONA TU PLAN DE SALUD

Elección de proveedores y cómo se aplicará la cobertura

Tienes libertad para elegir a tu proveedor.

Si eliges de la extensa lista de proveedores de alta calidad dentro de la red que tienen contrato con Curative, recibirás los beneficios a un nivel superior y nunca se te facturará el saldo.

Encuentra un proveedor dentro de la red en www.curative.com/get-care o bien, llama o envía un mensaje de texto a Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Puedes elegir cualquier tipo de proveedor autorizado para proporcionar servicios cubiertos como beneficios bajo el plan. El tipo de proveedor que elijas no cambiará tus beneficios según el plan.

Dentro de la red

Los proveedores que estén dentro de la red no te facturarán los importes que superen el copago, el deducible y el coaseguro aplicables. Si asistes a tu Visita Introdutoria dentro de los primeros 120 días de haberte inscrito, estos montos siempre serán cero. Esto significa que, si completas la Visita Introdutoria, pagarás \$0 por el acceso a cualquier tipo de atención médica dentro de la red.

Algunos beneficios pueden procesarse como beneficios dentro de la red cuando los brindan los proveedores fuera de la red. Cuando proveedores fuera de la red prestan estos servicios en un centro dentro de la red, estos servicios serán procesados como un beneficio dentro de la red y no se te facturará un saldo por estos proveedores sobre tu copago, deducible y coseguro aplicables dentro de la red. Esto significa que, siempre y cuando visites un hospital dentro de la red u otro centro de proveedores dentro de la red, no tendrás que preocuparte por facturas inesperadas de ningún proveedor fuera de la red que trabaje en el centro que está dentro de la red.

Encuentra un proveedor dentro de la red en www.curative.com/get-care o llama o envía un mensaje de texto a Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Servicios necesarios fuera de la red

Este Plan no proporciona beneficios por servicios fuera de la red a menos que los servicios de la red no estén disponibles o para:

- Servicios de emergencia (la atención médica de emergencia fuera de la red y los servicios de ambulancia aérea están cubiertos dentro de la red, incluso con un copago de \$0 si cumples con la Visita Introdutoria.)
- Los servicios de proveedores con sede en instalaciones de un centro que está dentro de la red



- Proveedores de servicios de laboratorio cuando los servicios se prestan en relación con un servicio de un proveedor de la red
- Servicios de diagnóstico por imágenes realizados por un proveedor fuera de la red cuando los servicios se prestan en relación con un servicio de un proveedor dentro de la red

Estás protegido contra la facturación de saldo o imprevista cuando recibes servicios de un proveedor fuera de la red en las situaciones descritas anteriormente.

El Plan de salud pagará la cantidad permitida a estos proveedores Fuera de la red. Si recibes una factura de saldo de un proveedor por cualquier cantidad superior al monto permitido en estas situaciones, comunícate con Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Visita introductoria

Curative ha diseñado la visita introductoria como el punto de partida para el éxito de tu salud en el futuro. La visita introductoria combina la incorporación al plan de salud con una visita integral para ofrecerte una visión completa de tu salud, establecer tus objetivos de salud y cómo Curative puede ayudarte mejor a alcanzarlos. El objetivo es ayudarte a actuar pronto para estar sano, ser feliz y vivir mejor la vida. La visita introductoria no tiene costo. Si realizas la visita introductoria en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de afiliación y en un plazo de 120 días calendario a partir de cualquier fecha de renovación de la afiliación, la exención de todos los copagos, deducibles y coseguros de los servicios dentro de la red se extenderán durante todo el año. El plan de salud quiere que tengas acceso a la mejor atención médica cuando la necesites. Una vez completada la visita introductoria, todos los servicios médicos dentro de la red tendrán un copago, un deducible y un coseguro sin cargo. Si deseas obtener más información, consulta el aviso sobre el programa de bienestar para empleados y dependientes, el anexo al folleto de prestaciones y el resumen de prestaciones.

Recuerda: en tu primer año, durante los primeros 120 días calendario podrás beneficiarte automáticamente de un copago, un deducible y un coseguro sin cargo para los servicios médicos dentro de la red, pero deberás realizar la visita introductoria en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de afiliación para prolongar esta exención de gastos compartidos durante todo el año del plan; de lo contrario, estarás sujeto a copagos, deducibles y coseguros para los servicios dentro de la red.

Al momento de la renovación

Cada año, cuando renueves tu plan, tendrás que realizar una visita introductoria anual en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor de la renovación. Si completaste tu visita introductoria el año anterior, seguirás teniendo derecho a un copago, un deducible y un coseguro sin cargo para los servicios médicos dentro de la red, siempre que realices tu visita introductoria anual en un plazo de 120 días. Si no realizaste la visita introductoria en el año anterior, no serás elegible para el copago, el deducible y el coseguro sin cargo para los servicios médicos dentro de la red hasta después de realizar la visita introductoria.



Si no puedes programar una visita introductoria en el plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor porque no hay una cita disponible, Curative ampliará el plazo para realizar tu visita introductoria hasta que haya una cita disponible.

Beneficios de farmacia

El Plan de salud brinda un beneficio de farmacia de tres niveles diseñado para que tengas acceso a los medicamentos clínicos más rentables sin gastos de copagos, deducibles ni coseguros.

- **Medicamentos preferidos:** incluye medicamentos para el tratamiento de casi todas las afecciones clínicas que han sido seleccionados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) como los más eficaces desde el punto de vista clínico y económico, y están disponibles sin costo (sujetos a la realización de la visita introductoria, al igual que con otras prestaciones dentro de la red) cuando se adquieren en una farmacia dentro de la red. El plan de salud incluye muchos medicamentos en la lista de preferidos, incluidos medicamentos de marca y medicamentos especializados.
- **Medicamentos no preferidos:** incluyen medicamentos que son más caros que los medicamentos preferidos en caso de que un medicamento comparable esté disponible en la lista de medicamentos preferidos. Estos medicamentos están disponibles con un copago de \$50 para medicamentos no especializados o un copago de \$250 para medicamentos especializados seleccionados. El copago del afiliado nunca superará el 50 % del importe total permitido.

El beneficio de farmacia está diseñado para brindar una opción con un gasto de bolsillo de \$0 para casi todas las enfermedades. Consulta la sección Farmacia a continuación para obtener más información.

El Plan cubre los servicios que son Medicamento necesarios

El Plan de salud cubre los servicios que son medicamento necesarios. A lo largo de las descripciones de lo que está cubierto, observarás las referencias a medicamento necesarios o de necesidad médica. A continuación, se muestra una explicación de estos términos.

Necesidad Médica/Medicamento Necesario se refiere a los servicios o procedimientos de atención médica que un médico prudente le brindaría a un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o los síntomas de estos, de una manera (a) que concuerde con los estándares de la práctica médica generalmente aceptados; (b) clínicamente apropiada en cuanto al tipo, la frecuencia, la extensión, el lugar y la duración; (c) que no sea principalmente para el beneficio económico de los planes de salud y los compradores, o para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica, y (d) no más costoso que un servicio o secuencia de servicios alternativos con al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección de ese paciente. Ningún servicio es un Servicio Cubierto a menos que sea Medicamento Necesario.



Monto permitido

El monto permitido es el monto máximo que pagará el plan de salud por un servicio médico, suministro o medicamento, según se define en este folleto.

Tarjetas y planes de descuento en proveedores y medicamentos

Los gastos de bolsillo de un Afiliado que se paguen con una Tarjeta o Plan de descuento en Proveedores o Farmacia no se cuentan para el Deducible o el gasto máximo de bolsillo del Afiliado.

Declaración de los Afiliados

En ausencia de fraude, una declaración realizada por un afiliado se considera una manifestación, no una garantía, y no puede utilizarse en ninguna impugnación en virtud del Plan de salud, a menos que se proporcione o se haya proporcionado una copia del documento escrito que contiene la declaración a la persona que hace la declaración o, si la declaración fue hecha por el afiliado y este ha fallecido o está incapacitado, al beneficiario o representante personal del afiliado.



Lo que cubre tu plan de salud

Los siguientes gastos médicos están cubiertos por el Plan de salud. Los servicios cubiertos pueden estar sujetos a limitaciones como se indica en esta sección, en el Resumen de beneficios o en la sección de Limitaciones y exclusiones de este Folleto de beneficios.

Para obtener información sobre los deducibles, copagos o coseguros aplicables, consulta el Resumen de beneficios de tu Plan.

Lesión cerebral adquirida

Los beneficios para el tratamiento médicamente necesario de una lesión cerebral adquirida se determinarán sobre la misma base que el tratamiento para cualquier otra afección física. Se cubren: terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia y la rehabilitación neurocognitiva; pruebas y tratamiento neuroconductuales, neuropsicológicos, neuropatológicos y psicofisiológicos; terapia de neurofeedback, tratamientos correctivos, servicios de transición de la afección aguda y servicios de integración a la comunidad, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios o cualquier otro servicio de tratamiento de la afección aguda si dichos servicios son necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida

Para garantizar que se brinde el tratamiento adecuado posterior a la atención de la afección aguda, el Plan de salud incluye la cobertura de gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta que:

- Ha sufrido una lesión cerebral adquirida;
- No ha respondido al tratamiento; y
- Ha respondido al tratamiento en una fecha posterior.

Los objetivos del tratamiento para los servicios pueden incluir mantener la funcionalidad o prevenir o retrasar un mayor deterioro.

Nota: Por servicio se entiende el trabajo que consiste en realizar pruebas, tratar y proporcionar terapias a una persona que tiene una Lesión cerebral adquirida. Por terapia se entiende el tratamiento correctivo programado que se proporciona a través de la interacción directa con la persona para mejorar una afección patológica resultante de una Lesión cerebral adquirida. El tratamiento para una Lesión cerebral adquirida se puede proporcionar en un hospital, un hospital de rehabilitación aguda o postaguda, un centro de vida asistida o cualquier otro centro en el que se puedan proporcionar servicios o terapias adecuadas.

Acupuntura

El Plan de salud cubre el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos. Hay una limitación de 20 visitas en un año del plan.

Imágenes avanzadas (se recomienda autorización previa)



El Plan de salud cubre los servicios de imágenes de diagnóstico cuando son médicamente necesarias, incluidas, entre otras, resonancias magnéticas, tomografías PET y tomografías computarizadas.

Atención de alergias

Las inyecciones contra alergia (inmunoterapia) y las pruebas de alergia (pruebas cutáneas, prueba de punción y prueba RAST) están cubiertas si son administradas por un médico, alergólogo o especialista. El suero y las gotas orales están cubiertas cuando son las proporcionan directamente los médicos que los recetan y no se consideran parte de los beneficios de farmacia.

Servicios de ambulancia

El Plan de salud cubre los Servicios de ambulancia, cuando sea médicamente necesario, como se indica a continuación:

- El estado del paciente debe ser tal que los servicios de ambulancia sean el único medio de transporte médicamente aceptable; o
- El paciente se traslade al centro más cercano que sea adecuado para el tratamiento de la lesión o enfermedad involucrada o, en el caso de trasplante de órganos, al centro de trasplantes aprobado.

Los servicios de ambulancia aérea son médicamente necesarios, como se indica a continuación:

- Cuando el tiempo necesario para trasladar a un paciente mediante ambulancia terrestre de soporte vital básico o avanzado representa una amenaza para la supervivencia del paciente;
- Cuando no se puede acceder al punto de recogida por vehículo terrestre; o
- Cuando el traslado del paciente al hospital más cercano con instalaciones adecuadas para su tratamiento involucra grandes distancias, plazos limitados u otros obstáculos (p. ej., el traslado de un paciente gravemente enfermo a un centro de trasplante aprobado con un órgano en espera).

Los siguientes servicios no son médicamente necesarios, ya que no requieren transporte en ambulancia:

- El servicio de ambulancia cuando el paciente ha sido declarado legalmente muerto antes de que se llame a la ambulancia.
- Los servicios prestados por personal de la ambulancia que no traslada a un paciente, sino que solo le presta ayuda. Por ejemplo:
 - La ambulancia se envía y el paciente rechaza la atención o el traslado; o
 - Se envió una ambulancia y solo se brindaron primeros auxilios básicos.

Los traslados que no son de emergencia entre centros médicos pueden considerarse médicamente necesarios para un paciente que tiene una afección médica que requiere tratamiento en otra ubicación y su invalidez es tal que requiere el uso de una ambulancia como único medio adecuado de traslado. Invalidez significa las condiciones físicas del paciente, su movilidad, que no es capaz de ponerse de pie y sentarse sin ayuda o requiere sistemas de



soporte vital continuo. No está cubierto el traslado que no sea de emergencia desde el hogar del paciente.

No están cubiertos los traslados en camionetas médicas o transporte comercial (como limusinas propiedad de médicos, transporte público, taxi, etc.).

Fórmulas elementales a base de aminoácidos (se recomienda autorización previa)

Independientemente del método de administración de la fórmula, las fórmulas elementales a base de aminoácidos médicamente necesarias están cubiertas por el plan de salud cuando las prescribe un médico y son médicamente necesarias.

Anestesia

El Plan de salud cubre la administración de anestesia, que no sea anestesia de infiltración local, en relación con un procedimiento quirúrgico cubierto, siempre y cuando la anestesia sea administrada y cobrada por un médico que no sea el cirujano que realiza la operación o su asistente.

Anestesia significa la administración de anestesia espinal, anestesia rectal o la administración de un medicamento u otro agente anestésico mediante inyección o inhalación si el propósito es obtener relajación muscular, pérdida de sensación o pérdida de la conciencia.

Cirujano asistente (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los servicios de un médico que esté ayudando activamente al cirujano quirúrgico cuando la condición del paciente o el tipo de servicio quirúrgico requiere dicha asistencia.

Trastorno del espectro autista

Los servicios generalmente reconocidos prescritos para el trastorno del espectro autista por el médico o profesional de la salud conductual del Afiliado en un plan de tratamiento están disponibles para un Afiliado del plan. Servicios generalmente reconocidos, tales como:

- Servicios de evaluación y valoración;
- Evaluación a los 18 y 24 meses;
- Análisis conductual aplicado (se recomienda autorización previa).
- Terapia del habla;
- Terapia ocupacional; o
- Fisioterapia.

Transfusiones sanguíneas

El Plan de salud cubre las transfusiones sanguíneas para mantener o reemplazar el volumen sanguíneo, para reponer elementos sanguíneos deficientes y mejorar la coagulación, para mantener o mejorar el transporte de oxígeno y a cambio de la extracción de sangre en el tratamiento de la incompatibilidad de Rh en un recién nacido. Además, se proporciona cobertura de transfusión sanguínea para la insuficiencia hepática en la que las toxinas se



acumulan en la sangre y en algunos otros tipos de toxemia. La cobertura incluye sangre autóloga, donación directa, administración regular y sangre entera.

Apoyo y servicios para lactancia

Se proporcionarán beneficios para servicios de asesoría y apoyo a la lactancia por parte de un proveedor, durante el embarazo o posparto. Los beneficios incluyen la compra de extractores de leche manuales o eléctricos y suministros. Los proveedores dentro de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos tienen opciones disponibles sin requisitos de costos compartidos.

Se proporciona cobertura para un extractor de leche por embarazo. Para obtener ayuda, comuníquese con Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Ensayos clínicos

Se proporcionarán beneficios para los costos rutinarios de atención al paciente en relación con un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV si el ensayo clínico se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección que pone en riesgo la vida y es alguno de los siguientes:

- (1) Aprobado o financiado por uno o más de los que se indican a continuación:
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos;
 - Los Institutos Nacionales de Salud;
 - La Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud;
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada en las directrices publicadas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros;
 - El Departamento de Energía de Estados Unidos si se cuenta con determinadas autorizaciones;
 - El Departamento de Defensa de Estados Unidos si se cuenta con determinadas autorizaciones;
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos si se cuenta con determinadas autorizaciones; o
 - Un consejo de revisión de una institución en este estado que tenga un convenio con la Oficina de Protección de Investigación Humana del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- (2) Realizado en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o el ensayo está exento de tener una solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Los beneficios se pagarán si la institución de investigación que lleva a cabo el ensayo clínico acepta el reembolso a las tarifas establecidas en el plan como pago total de la atención de rutina del paciente brindada en relación con el ensayo clínico. No se proporcionarán beneficios para:



- (1) El propio artículo, dispositivo o servicio en investigación;
- (2) Los artículos y servicios que se proporcionan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilizan en la gestión clínica directa del paciente; o
- (3) Un servicio que es claramente inconsistente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular.

Servicios de control de la diabetes

El plan de salud cubre los gastos relacionados con el tratamiento de la diabetes para personas diagnosticadas con diabetes insulino dependiente o no insulino dependiente, niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo u otra afección médica relacionada con niveles elevados de glucosa en sangre. Las reposiciones de emergencia de equipos o suministros para la diabetes, dispensados al afiliado de acuerdo con la legislación estatal aplicable, se cubrirán del mismo modo que las

reposiciones no urgentes de equipos o suministros para la diabetes. Los servicios de salud cubiertos se ajustarán a las normas mínimas de cobertura adoptadas por el comisionado de seguros de conformidad con la legislación estatal aplicable e incluirán:

Equipo para diabetes:

- Monitores de glucosa en sangre (incluidos monitores de glucosa no invasivos y monitores para personas invidentes);
- Bombas de insulina y accesorios necesarios (dispositivos de infusión, baterías, artículos de preparación para la piel, suministros adhesivos, conjuntos de infusión, cartuchos de insulina, dispositivos duraderos y desechables para ayudar en la inyección de insulina y otros suministros desechables necesarios); y
- Dispositivos podiátricos, incluyendo hasta dos pares de calzado terapéutico por año, para prevenir complicaciones asociadas con la diabetes.

Los suministros para bombas de insulina pueden obtenerse en cantidades para 30 días a través de esta prestación de suministros médicos duraderos o en cantidades para un máximo de 90 días a través de una farmacia de venta por correo participante. Para obtener más información, llama al Servicio para afiliados de Curative al 855-428-7284.

Medicamentos recetados para diabetes:

- Insulina y preparaciones analógicas de insulina;
- Agentes orales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre;
- y
- Kits de emergencia de glucagón.

Suministros para diabetes:

- Tiras reactivas para monitores de glucosa en sangre;
- Lancetas y dispositivos de lancetas;
- Tiras reactivas con lectura visual y de orina y tabletas que miden glucosa, cetonas y proteínas;
- Auxiliares para inyecciones, incluidos los dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y los sistemas sin agujas;
- Jeringas de insulina; y
- Contenedores desechables de riesgo biológico.



Nota: Todos los suministros para diabéticos mencionados anteriormente, junto con los monitores de glucosa en sangre (incluidos los monitores de glucosa no invasivos y los monitores para invidentes) y los monitores continuos de glucosa, están cubiertos por el programa de medicamentos recetados.

Servicios de control de la diabetes/Programas de formación para el autocontrol de la diabetes; incluyen la instrucción inicial y de seguimiento relativa a:

- La causa física y el proceso de la diabetes;
- Nutrición, ejercicio, medicamentos, monitoreo de los valores de laboratorio y la interacción de estos en el autocontrol eficaz de la diabetes;
- Prevención y tratamiento de problemas de salud especiales para el paciente diabético;
- Ajuste o modificaciones en el estilo de vida; y
- Participación familiar en la atención y el tratamiento del paciente con diabetes. La familia se incluirá en ciertas sesiones de instrucción para el paciente.

La capacitación incluirá el desarrollo de un plan de control individualizado creado para el paciente y en colaboración con este (o la familia) a fin de comprender la atención y el manejo de la diabetes, incluyendo asesoramiento nutricional y el uso adecuado de equipos para la diabetes y suministros para diabéticos.

Mamografías de diagnóstico y detección

El Plan de salud cubrirá, para una mujer de 35 años o más, una revisión anual mediante todas las formas de mamografía de dosis baja para detectar la presencia de cáncer de mama oculto. Los servicios de salud cubiertos bajo esta sección serán tratados de la misma manera que otros exámenes radiológicos bajo el Plan y estarán sujetos a los mismos límites, deducibles y factores de coaseguro en dólares que la cobertura para otros exámenes radiológicos bajo el Plan.

El Plan de salud también proporcionará cobertura para mamografías de diagnóstico por imagen, es decir:

- No es menos favorable que la cobertura para una mamografía de detección;
- Está diseñada para evaluar una anomalía detectada por una paciente y una persona con tejido mamario denso;
- No está limitada a mujeres de 35 años o más; y
- Está de conformidad con los requisitos de cobertura aplicables a los servicios de atención preventiva en virtud de la legislación federal.

Equipo médico duradero (se recomienda autorización previa para los equipos que superen los \$750)

El Plan de salud cubre el alquiler (o la compra a discreción del Administrador de reclamaciones) de suministros terapéuticos y equipos de rehabilitación necesarios para uso terapéutico repetido. Estos artículos incluyen, entre otros, una silla de ruedas estándar, muletas, andadera, silla reetre, cama tipo hospital, máquina de succión, respirador artificial o equipos similares.

No está cubierto el equipo para aliviar el dolor y brindar comodidad al paciente (incluidos, entre otros, férulas o aparatos ortopédicos de venta libre, aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, purificadores de aire, equipos de acondicionamiento físico y baño de



hidromasaje, productos de higiene personal y colchones de aire en el hogar), incluso si tu médico lo receta.

Atención de emergencia

El Plan de salud cubre los servicios de emergencia para condiciones médicas de emergencia en Estados Unidos. Algunos ejemplos de emergencias médicas son sangrado inusual o excesivo, fracturas, dolor abdominal o torácico agudo, pérdida del conocimiento, convulsiones, dificultad para respirar, sospecha de ataque cardíaco, dolor repentino persistente, lesiones o quemaduras graves o múltiples e intoxicaciones.

En caso de una emergencia, llama al 911 o acude a la sala de emergencias más cercana. Si requieres hospitalización, notifica al Plan de Salud en el número que se encuentra al dorso de tu tarjeta de identificación dentro de las 48 horas siguientes a la admisión, o tan pronto como sea razonablemente posible.

Todas las instalaciones de atención de emergencia conectadas y asociadas con una instalación para pacientes hospitalizados, ya sean proporcionadas por un proveedor dentro de la red o proveedores fuera de la red, estarán cubiertas al nivel de beneficios dentro de la red. Los proveedores de atención de emergencia fuera de la red están prohibidos por ley de facturarte el saldo por cualquier monto superior al monto pagado por tu Plan. Si continúas recibiendo tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red después de recibir atención médica de emergencia y te pueden trasladar de manera segura a las instalaciones de atención médica de un proveedor dentro de la red, se aplicarán los beneficios fuera de la red. En tal caso, los proveedores fuera de la red pueden facturarte el saldo de esos servicios.

¿Qué es la atención médica de urgencia?

Atención de emergencia significa servicios de emergencia para una afección médica urgente que se brinda en un centro hospitalario (sala de emergencias) o centro de atención médica de emergencia independiente. Una “afección médica de emergencia” es una afección médica, incluidos los trastornos mentales o por consumo de sustancias, que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que llevarían a una persona prudente con conocimientos medios de medicina y salud a creer que el estado de salud, la enfermedad o la lesión de la persona es de tal naturaleza que la falta de atención inmediata podría tener como consecuencia:

- Poner en grave riesgo la salud de la persona;
- Causar un deterioro grave de las funciones del cuerpo;
- Causar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- causar una desfiguración grave; o
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud del feto, que no haya tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que dicho traslado pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Los “servicios de emergencia” incluyen los siguientes:

- *Servicios iniciales.* Un reconocimiento médico dentro de la capacidad de un servicio de emergencia hospitalario o de un servicio de emergencia independiente y autónomo, incluidos los servicios auxiliares disponibles habitualmente, para determinar si existe una afección médica urgente.



- *Servicios posteriores a la estabilización.* En la medida en que lo exija la ley, los servicios adicionales cubiertos por el plan de salud que preste un proveedor no participante o un centro de emergencias no participante después de que un participante o beneficiario esté estabilizado y como parte de la observación ambulatoria o de una hospitalización o estadía ambulatoria con respecto a la visita en la que se prestaron los servicios iniciales.

Fórmulas para la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria (se recomienda autorización previa)

El Plan de Salud cubre las fórmulas necesarias para tratar la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria en la misma medida en que el Plan proporciona cobertura para medicamentos recetados.

Cirugía y tratamiento de afirmación de género (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre la cirugía médicamente necesaria relacionada con el tratamiento de un Afiliado transgénero que:

- Ha alcanzado la madurez física y tiene 18 años o más;
- Se le ha diagnosticado disforia de género específica del mismo género durante 12 meses o más; y
- Ha recibido atención de un psiquiatra o psicólogo durante 12 meses o más.

Los servicios cubiertos pueden incluir, entre otros:

- Evaluaciones psicológicas según sea necesario;
- Psicoterapia;
- Terapia hormonal;
- Medicamentos recetados clínicamente indicados; y

Los servicios que no están cubiertos incluyen, entre otros:

- El aumento o extracción de mamas.
- Tratamiento facial o cirugía de reconstrucción.
- Modificación de la prominencia laríngea.

Si tienes preguntas sobre la cobertura de cirugía y tratamiento de reafirmación de género, comunícate con Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Cuidado de la audición e implantes cocleares

El Plan de salud cubre la terapia debido a la pérdida o deterioro de la audición.

La cobertura incluye atención médica de rutina (un examen por año) y de afecciones médicas o accidentes. La cobertura de auxiliares auditivos está limitada a 1 auxiliar auditivo binaural o 2 auxiliares auditivos monoaurales cada 36 meses, excluyendo complementos, opciones de lujo/actualización, baterías, etc.

Los implantes cocleares y los servicios y suministros relacionados, incluidos los servicios de ajuste y dispensación y la provisión de moldes para los oídos, según sea necesario para



mantener un ajuste óptimo de los audífonos, son elegibles para afiliados de 18 años o menos cuando se determine que son médicamente necesarios. La cobertura incluye tratamiento de habilitación y rehabilitación, un procesador y controlador de voz externo con los componentes necesarios y reemplazo cada tres años.

Atención médica a domicilio (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los servicios y suministros médicamente necesarios proporcionados en el hogar del paciente durante una visita de una agencia de salud a domicilio, como parte del plan de atención médica a domicilio redactado por un médico. La cobertura incluye:

- Atención domiciliaria coordinada brindada por personal de enfermería registrado (RN), especializado (APN) o vocacional autorizado (LVN);
- Servicios intermitentes o de tiempo parcial de asistencia médica a domicilio para la atención al paciente;
- Los servicios de terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria prestados por terapeutas autorizados;
- Los suministros y equipos proporcionados habitualmente por la agencia de asistencia médica a domicilio; y
- Si se le enseña a un cuidador cómo realizar la atención, este servicio no se cubrirá después de que se haya brindado la capacitación.

Los beneficios de atención médica domiciliaria no se brindan para alimentos o comidas a domicilio, los servicios de asistencia social o de limpieza doméstica, el transporte o los servicios prestados principalmente para el cuidado de personas.

Cuidados de hospicio (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los servicios prestados por un hospicio a pacientes confinados en casa o en un centro de hospicio debido a una enfermedad o lesión terminal que requiera servicios de atención médica especializada.

Los siguientes servicios están cubiertos para el cuidado de hospicio en el hogar:

- Cuidados de enfermería a tiempo parcial o intermitentes proporcionados por personal de enfermería registrado (RN), especializado (APN) o vocacional autorizado (LVN);
- Servicios intermitentes o de tiempo parcial de asistencia médica a domicilio para la atención al paciente;
- Terapia física, respiratoria y del habla con terapeutas autorizados; y
- Servicios de asesoría prestados habitualmente por la agencia de cuidados de hospicio (enfermos terminales), incluyendo la asesoría en caso de duelo.

Los siguientes servicios están cubiertos en un centro de cuidados de hospicio:

- Cuidados de enfermería generales proporcionados por personal de enfermería registrado (RN), especializado (APN) o vocacional autorizado (LVN);
- Habitación y alimentos, así como todos los servicios, suministros y equipos rutinarios proporcionados por el centro de hospicio (para enfermos terminales);
- Servicios de terapia física, del habla y respiratoria brindados por terapeutas autorizados; y
- Servicios de asesoría prestados habitualmente por el centro de cuidados de hospicio (enfermos terminales), incluyendo la asesoría en caso de duelo.



Hospitalización (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre alojamiento y comida (hasta la tarifa de habitación semiprivada del hospital), atención general de enfermería y otros servicios y suministros hospitalarios. No cubre artículos personales, como teléfonos y renta de televisión.

Servicios de atención a la infertilidad

Las pruebas para el diagnóstico de infertilidad están cubiertas.

Servicios de laboratorio y radiografía

El Plan de salud cubre los procedimientos, servicios y materiales de laboratorio y radiográficos médicamente necesarios, incluyendo radiografías de diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica cuando lo solicita un proveedor.

Los proveedores dentro de la red son responsables de remitir a los pacientes a laboratorios dentro de la red, centros de diagnóstico por imágenes o a un departamento ambulatorio de un hospital dentro de la red para los servicios de laboratorio y radiografía médicamente necesarios que no estén disponibles en la consulta del proveedor. Sin embargo, siempre debes recordar a tu proveedor que recibirás un mayor nivel de prestaciones mediante tu plan cuando utilices proveedores dentro de la red.

Atención médica de maternidad (se recomienda autorización previa para el parto)

El Plan de salud cubre los gastos relacionados con la maternidad para las Afiliadas. La atención de maternidad incluye diagnóstico de embarazo, atención pre y posnatal, y parto. El Plan de salud cubre la atención hospitalaria a la madre y al recién nacido en un centro de salud por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y por un mínimo de 96 horas después de un parto sin complicaciones por Cesárea. Se requerirán revisiones concurrentes para estadías prolongadas que excedan el periodo de cobertura estándar.

Los gastos de hospitalización incurridos por la madre para el parto no incluirán los gastos de los cuidados rutinarios del recién nacido durante el ingreso de la madre en el hospital para el parto. Estos cargos se considerarán gastos del hijo y pueden estar sujetos a las disposiciones de beneficios y a los máximos de beneficios descritos en el Resumen de beneficios; sin embargo, durante los primeros 30 días, el recién nacido no tendrá un deducible por separado de la madre cuando utilice proveedores dentro de la red. Las complicaciones del embarazo están cubiertas como cualquier otra afección o enfermedad cubierta por el Plan.

El plan de salud solo permitirá los servicios prestados por una partera si está afiliada a un proveedor de obstetricia y ginecología dentro de la red.

¿Cómo se cubren los cargos del médico por atención médica de maternidad?

- Los servicios recibidos dentro de la red durante los primeros 120 días están cubiertos con un copago de \$0, un deducible de \$0 y un coaseguro del 0%.



- Si ya completaste tu Visita Introdutoria durante los primeros 120 días de inscripción, no habrá copago ni deducible para los servicios dentro de la red.
- Si no has realizado tu visita introductoria en el plazo de los primeros 120 días, los servicios recibidos dentro de la red a partir del día 121 de afiliación estarán sujetos a un copago después de alcanzar el deducible. Los gastos de parto estarán sujetos a deducible y a coseguro.
- Consulta la información “En renovación” en la visita introductoria anterior para obtener cobertura en los años de renovación.

¿Cómo está cubierto un recién nacido bajo el Plan de salud?

El Plan de salud proporciona automáticamente cobertura al recién nacido de un afiliado cubierto durante los primeros 30 días tras de la fecha de nacimiento, pero esta cobertura finaliza al cabo de 30 días a menos que el recién nacido se agregue a la cobertura del empleado. Para agregar la cobertura del recién nacido más allá de los primeros 30 días, debes realizar los cambios correspondientes a tu elección de prestaciones dentro del período de 31 días posteriores al nacimiento. Los cambios de afiliación deben realizarse a través de la Oficina de Prestaciones del Empleador. Deberás inscribir al recién nacido en el plan de salud dentro de los 31 días posteriores al nacimiento. Si no logras hacerlo en ese plazo, tendrás la oportunidad de hacerlo en la inscripción abierta. Entonces podrás inscribirte y así obtener cobertura para tu dependiente durante el próximo período de inscripción abierta o cuando se produzca un cambio de estado calificado. Si tienes alguna pregunta o cambio en la información del estado, comunícate con la Oficina de Prestaciones del Empleador.

Para que los nietos sean elegibles para la cobertura de recién nacido, el nieto debe agregarse a la cobertura del empleado para los beneficios dentro de los 31 días posteriores al nacimiento del recién nacido. Un nieto elegible debe ser dependiente del empleado con fines fiscales federales en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura del nieto. Consulta en la Oficina de Beneficios de tu empleador para obtener más información sobre los nietos como dependientes elegibles.

Para los servicios dentro de la red, el deducible del recién nacido se incluye en el deducible de la madre si está inscrita en el Plan de salud y no se separa del mismo durante los primeros 30 días.

Gastos médicos

El Plan de salud brinda cobertura para gastos médicos para ti y tus dependientes cubiertos. Estos beneficios incluyen, entre otros:

- Servicio de médicos y otros proveedores profesionales;
- Servicios de personal de enfermería anestesista certificado (CRNA);
- Radiografías y procedimientos de laboratorio de diagnóstico;
- Radioterapia;
- Anestésicos y su administración, cuando los realice alguien que no sea el médico que opera u otro proveedor profesional;
- Oxígeno y su administración, siempre y cuando se use el oxígeno;
- Sangre, incluido el costo de la sangre, del plasma sanguíneo y de los expansores del plasma sanguíneo, que no reponga el afiliado o para este;
- Dispositivos protésicos, necesarios para el alivio o corrección de afecciones derivadas de una lesión accidental ocurrida o enfermedad que comience después de la fecha de



entrada en vigencia de la cobertura del afiliado excluyendo todos los reemplazos de dichos dispositivos que no sean los necesarios por el crecimiento hasta la madurez del afiliado;

- Servicios y suministros utilizados por el afiliado durante una visita ambulatoria a un hospital, un centro terapéutico o un centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o servicios programados en la sala de tratamiento ambulatorio de un hospital;
- Ciertos procedimientos de diagnóstico que incluyen, entre otros, gammagrafía ósea, prueba de esfuerzo cardíaco, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, mielografía, tomografías por emisión de positrones;
- Cuidado de los pies en relación con una enfermedad, padecimiento o afección, como neuropatía periférica, insuficiencia venosa crónica y diabetes, entre otros; y
- Medicamentos inyectables, administrados por un médico u otro proveedor profesional o bajo el mando o supervisión de este.

Los servicios y suministros para gastos médicos deben ser prestados por un médico u otro proveedor profesional o a criterio de este o recetados por este. Un servicio o suministro se proporciona a criterio de un médico u otro proveedor profesional si el servicio o suministro enumerado es:

- Proporcionado por una persona empleada por el médico responsable u otro proveedor profesional;
- Proporcionado en el lugar de trabajo habitual del médico que lo indica u otro proveedor profesional; o
- Facturado al paciente por el médico que lo indica u otro proveedor profesional.

Se deberá haber incurrido en un gasto en la fecha de prestación del servicio por el cual se realiza el cargo.

Salud mental/salud del comportamiento

El Plan de salud cubre el tratamiento de Salud mental y Salud del comportamiento sobre la misma base que cualquier otra enfermedad.

El tratamiento de salud mental es un plan de atención programado, estructurado y organizado para promover una salud mental estable. Un programa puede incluir diferentes centros y modalidades, como tratamiento intensivo para pacientes hospitalizados, rehabilitación/tratamiento para pacientes hospitalizados, hospitalización parcial, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios o una serie de estos niveles de tratamiento sin interrupción en el tratamiento. Una serie se completa cuando un Afiliado es dado de alta por recomendación médica para recibir atención ambulatoria o cuando un Afiliado no cumple sustancialmente con el programa de tratamiento de salud mental.

El Plan de salud cubre los costos de atención de salud mental y del comportamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios para:

- Psicoterapia individual o grupal;
- Diagnóstico o tratamiento de una afección incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, con sus modificaciones, o cualquier otro sistema de codificación de diagnósticos que utilice Curative; y



- Diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, afección, enfermedad o trastorno por parte de un proveedor, o de cualquier persona que trabaje bajo el mando o la supervisión de un proveedor, cuando el gasto elegible sea por lo siguiente:
 - Psicoterapia individual o grupal;
 - Asesoramiento;
 - Pruebas y evaluaciones psicológicas;
 - Consultas en el hospital o en un centro que brinde dichos servicios;
 - Atención a pacientes hospitalizados; y
 - Tratamiento electroconvulsivo.

Los servicios del Programa intensivo de tratamiento ambulatorio/Programa de tratamiento de hospitalización parcial pueden estar disponibles con menor intensidad si te estás recuperando de Enfermedades mentales graves o crónicas. Si te estás recuperando de enfermedades mentales graves o crónicas, los servicios pueden incluir psicoterapia, farmacoterapia y otras intervenciones destinadas a promover la recuperación, como la elaboración de planes de recuperación y voluntades anticipadas, estrategias para identificar y manejar las primeras señales de alerta de una recaída, el desarrollo de habilidades de autocontrol y la prestación de servicios de apoyo entre iguales.

Los Programas intensivos para pacientes ambulatorios pueden utilizarse como un punto inicial de ingreso a la atención, como un ascenso desde los servicios ambulatorios de rutina o como un descenso desde la atención aguda para pacientes hospitalizados, la atención residencial o un programa de tratamiento con hospitalización parcial.

Todos los tratamientos de salud mental en régimen de hospitalización y ciertos tratamientos ambulatorios deben ser autorizados previamente llamando a Servicios para afiliados de Curative al [855-428-7284](tel:855-428-7284).

Obesidad (se recomienda autorización previa)

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida puede estar cubierto cuando cumple con los criterios establecidos por los lineamientos de la póliza médica de Curative.

Los gastos médicos cubiertos para cirugía bariátrica incluyen los cargos realizados por un hospital o un médico por el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida de un afiliado.

Todas las enfermedades subyacentes que probablemente afecten o compliquen la evolución quirúrgica y posoperatoria del paciente deben controlarse adecuadamente antes de la cirugía.

Los procedimientos cubiertos incluyen:

- Bypass gástrico abierto o laparoscópico en Y de Roux;
 - Gastrectomía laparoscópica en manga; o
- Derivación biliopancreática abierta o laparoscópica con o sin cruce duodenal.

La cobertura se limita a un procedimiento de por vida en virtud de este plan, independientemente de cuándo o dónde se realizó la cirugía.

Comunícate con Servicios para Afiliados de Curative al [855-428-7284](tel:855-428-7284) para conocer los criterios actuales de determinación de necesidades médicas.



Cirugía bucal (se recomienda autorización previa)

Cuando sea médicamente necesaria según lo considere el Administrador de reclamaciones y sea recetada por tu médico, la cirugía oral cubierta se limita a:

- Servicios proporcionados a un recién nacido para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito;
- Corrección de daños provocados únicamente por lesiones accidentales violentas en dientes naturales sanos sin restauración y tejidos conectivos, si el accidente ocurre mientras el afiliado está cubierto por el Plan de salud. La visita inicial debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores al accidente y el tratamiento debe completarse en un plazo de 24 meses; o
- Cirugía ortognática para Afiliados de 18 años y menores.

¿Qué cirugía bucal está cubierta?

Cirugía bucal cubierta se refiere a procedimientos quirúrgicos maxilofaciales limitados a:

- Extirpación de neoplasias no relacionadas con los dientes, incluidos los tumores y quistes benignos, y todas las lesiones y neoplasias malignas y premalignas;
- Incisión y drenaje de abscesos faciales;
- Procedimientos quirúrgicos relacionados con las glándulas y los conductos salivales, y procedimientos de los senos accesorios no relacionados con los dientes; o
- Tratamiento quirúrgico y diagnóstico de afecciones que perjudican la articulación temporomandibular con evidencia radiográfica de desprendimiento.

Los servicios dentales generales NO están cubiertos por el Plan de salud.

Trasplantes de órganos y tejidos (se recomienda autorización previa)

Los trasplantes de órganos y tejidos (médula ósea, córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, pulmón), así como los servicios y suministros relacionados tienen cobertura si:

- El trasplante no es de naturaleza experimental/de investigación;
- Se utilizan órganos o tejidos humanos donados o un dispositivo artificial aprobado;
- El beneficiario es un Afiliado del Plan de salud;
- El receptor cumple con todos los criterios establecidos por el hospital Center of Excellence (COE) en sus lineamientos normativos escritos; y
- El receptor cumple con todos los protocolos establecidos por el hospital COE en el que se realiza el trasplante.

Los servicios y suministros cubiertos incluyen:

- Evaluación de órganos o tejidos, incluidos, entre otros, la determinación de tejidos compatibles;
- Búsqueda de donantes y pruebas de aceptación de posibles donantes vivos;
- Extracción de órganos o tejidos de donantes fallecidos; y



- Transporte de órganos o tejidos de donantes fallecidos.

Los servicios y suministros cubiertos relacionados con un trasplante de órganos o tejidos incluyen, entre otros, radiografías, pruebas de laboratorio, quimioterapia, radioterapia y complicaciones derivadas de dicho trasplante.

Los servicios y suministros que NO están cubiertos por el Plan de salud incluyen:

- Gastos de subsistencia o de viaje del receptor o del donante vivo;
- Gastos relacionados con la preservación de la vida del donante; con fines de donación de órganos o tejidos;
- Compra del órgano o tejido; u
- Órganos o tejidos (xenoinjerto) obtenidos de otra especie.

Ortopedia

El Plan de Salud cubre los dispositivos ortopédicos adecuados que satisfagan adecuadamente las necesidades médicas del Miembro para participar en actividades ADL/estándar. Los dispositivos ortopédicos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico utilizado para soportar, alinear o mantener partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo tirantes rígidos para la espalda, las piernas o el cuello; moldes para el tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o espalda; corsés quirúrgicos y espalda especiales; y apósitos, vendajes, cerchas y férulas recetados por un médico, dirigidos o aplicados que están diseñados a medida con el propósito de ayudar a la función de una articulación.

Los artículos que no están cubiertos incluyen, entre otros, férulas y vendajes disponibles para su compra sin receta médica para tratar esguinces y torceduras; zapatos ortopédicos que son una parte desmontable de un soporte con cobertura; zapatos por encargo especial, hechos a la medida o incorporados, zapatos de yeso, plantillas diseñadas para dar soporte al arco o efectuar cambios en el pie; o la alineación del pie, soportes para arco, medias elásticas y fajas.

El mantenimiento y las reparaciones de los dispositivos ortopédicos resultantes de accidentes, uso indebido o abuso son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan de salud.

Servicios en centros para pacientes ambulatorios (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los siguientes servicios prestados a través de un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o un centro independiente cuando sean necesarios desde el punto de vista médico:

- Radioterapia;
- Quimioterapia;
- Diálisis;
- Servicios de rehabilitación; y
- Cirugía ambulatoria.

Cuidados paliativos (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los cuidados paliativos para Afiliados con una enfermedad crónica, compleja o terminal.

Pruebas prenatales



Los beneficios para gastos elegibles incurridos para pruebas genéticas prenatales y metabólicas cromosómicas incluyen la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS, por sus siglas en inglés). Estas pruebas son elegibles para la cobertura de las afecciones específicas:

- Las pruebas prenatales no invasivas (NIPT/NIPS) tienen cobertura en el primer trimestre del embarazo; y
- La prueba de detección cuádruple y la translucencia nucal tienen cobertura en el segundo trimestre del embarazo.

Atención preventiva

El Plan de salud fomenta la atención preventiva y el mantenimiento de una buena salud.

Los servicios cubiertos por esta prestación deben ser facturados por el proveedor como “atención preventiva”. Se proporcionarán prestaciones de atención preventiva para los siguientes servicios cubiertos. Cuando se utilicen proveedores dentro de la red, los servicios no estarán sujetos a un copago, deducible, coseguro o límites máximos en dólares, a menos que se indique que están cubiertos de la misma manera que para cualquier otra enfermedad.

- Artículos o servicios basados en pruebas que tienen en realidad una calificación de A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés);
- Vacunas recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto a la persona involucrada; y
- Atención preventiva basada en pruebas recomendada por la American Academy of Pediatrics y Bright Futures.
- Las vacunas están disponibles con tu proveedor o en una farmacia.

Los servicios de atención preventiva descritos anteriormente pueden cambiar a medida que se modifique el USPSTF u otros lineamientos nacionales. Para obtener la lista más reciente de servicios recomendados, consulta a tu médico o visita www.healthcare.gov.

Más información sobre los beneficios de atención preventiva:

Beneficios para la prevención y detección de la osteoporosis

Los beneficios están disponibles en las mismas condiciones que para cualquier otra enfermedad para los afiliados que reúnan los requisitos para la medición de la masa ósea aceptada desde el punto de vista médico, a fin de detectar masa ósea baja o determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis del afiliado.

Los Afiliados que reúnen los requisitos son los siguientes:

- Mujeres posmenopáusicas y que no estén recibiendo terapia de reemplazo de estrógenos.
- Personas con alteraciones vertebrales, hiperparatiroidismo primario o antecedentes de fracturas óseas.



- Personas que estén recibiendo una terapia de glucocorticoides a largo plazo o que estén siendo monitoreadas para evaluar la respuesta o la eficacia de un tratamiento farmacológico aprobado para la osteoporosis.

Los medicamentos para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis pueden encontrarse en el formulario con un copago sin cargo. Estos incluyen alendronato, risedronato e ibandronato.

Beneficios para la prevención y detección del cáncer de mama

Los beneficios están disponibles para mamografías digitales de baja dosis anuales y tomosíntesis mamaria para un afiliado de 35 años o más.

Beneficios para determinadas pruebas de detección del cáncer de próstata

Los beneficios están disponibles para los Afiliados de sexo masculino para un examen diagnóstico reconocido desde la perspectiva médica para la detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluirán:

- Una exploración física para detectar cáncer de próstata; y
- Una prueba de antígeno prostático específico utilizada para detectar cáncer de próstata para cada hombre con cobertura que tenga al menos 50 años y sea asintomático, o 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de la próstata.

Beneficios para la detección del cáncer colorrectal

Los beneficios están disponibles para los exámenes de detección de cáncer colorrectal para Afiliados de 45 años o más y que tienen un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon; cobertura para gastos incurridos al realizar un examen diagnóstico reconocido desde la perspectiva médica para la detección del cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen:

- Una prueba Cologuard realizada cada 3 años;
- Un examen de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio asignados con una calificación de “A” o “B” por el USPSTF de Estados Unidos para personas con un riesgo promedio; y
- Una colonoscopia inicial u otra prueba o procedimiento médico para la detección de cáncer colorrectal y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia inicial, la prueba o el procedimiento no son normales.

Beneficios para determinadas pruebas de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer de cuello uterino

Los beneficios están disponibles para cada mujer de 18 años o más inscrita en el Plan por

gastos derivados de un examen de diagnóstico anual reconocido desde la perspectiva médica para la detección

temprana del cáncer de ovario y el cáncer de cuello uterino. Esto incluye:

- Un análisis de sangre CA 125;
- un Papanicolaou convencional o una prueba de detección mediante métodos citológicos basados en líquidos, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), solos o en combinación con una prueba aprobada por la FDA



- para detectar el virus del papiloma humano; y
- cualquier otro examen o prueba de detección aprobada por la FDA para detectar el cáncer de ovario.

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

Las prestaciones están disponibles para una de las siguientes pruebas no invasivas de detección de aterosclerosis y estructuras y funciones anormales de las arterias cada 5 años. Las pruebas elegibles están disponibles para todos los afiliados que sean diabéticos o tengan riesgo de desarrollar enfermedad coronaria y que sean:

Un hombre mayor de 45 años y menor de 76 años; o

- Una mujer mayor de 55 años y menor de 76 años.

Las pruebas elegibles incluyen:

- Tomografía computarizada (TC) para medir las calcificaciones de la arteria coronaria; o
- Ecografía para medir el grosor de la íntima-media de la carótida y la placa.

Beneficios para servicios de audición y del habla

Los beneficios están disponibles de la misma manera que para cualquier otra enfermedad por los servicios de un proveedor para restaurar la pérdida o la corrección del deterioro de la función auditiva o del habla. Para obtener más información sobre este beneficio, consulta la información sobre Cuidado de la audición e Implantes cocleares en esta sección.

Beneficios para pruebas de detección de deficiencias auditivas

Los beneficios están disponibles para un hijo dependiente con cobertura para una prueba de detección de pérdida de la audición desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tenga 30 días de nacido, y para la atención de seguimiento diagnóstico necesaria que esté relacionada con las pruebas de detección desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tenga 24 meses.

Vacunas

Los beneficios están disponibles para las vacunas recomendadas por el ACIP y los CDC en función de los requisitos de edad del Afiliado.

Las vacunas cubiertas al 100 % dentro y fuera de la red para niños con cobertura hasta que cumplan seis años son:

- Difteria;
- Haemophilus influenzae tipo b;
- Hepatitis B;
- Sarampión;
- Paperas;
- Tos ferina;
- Poliomielitis;
- Rubéola;
- Tétanos;
- Varicela; y
- Cualquier otra vacuna que pudiera exigir la ley.



Servicios profesionales

Los servicios cubiertos deben ser necesarios desde el punto de vista médico según lo determine el Administrador de reclamaciones y los debe proporcionar un médico con licencia u otros proveedores de salud cubiertos como se enumeran a continuación. Los beneficios para los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones están disponibles para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o en el consultorio de un proveedor.

Proveedores de salud cubiertos:

- Enfermero especializado (APN, por sus siglas en inglés)
- Analista conductual autorizado
- Médico
- Optometrista
- Osteópata
- Podólogo
- Psicólogo
- Audiólogo autorizado
- Consejero especializado en alcoholismo y farmacodependencia autorizado
- Dietista autorizado
- Ajustador y distribuidor autorizados de instrumentos auditivos
- Terapeuta familiar y matrimonial autorizado (LMFT, por sus siglas en inglés)
- Trabajador social clínico autorizado
- Enfermero con práctica médica autorizado
- Terapeuta ocupacional autorizado
- Fisioterapeuta autorizado
- Consejero profesional autorizado
- Patólogo del habla y el lenguaje autorizado
- Asistente médico (PA, por sus siglas en inglés)

Dispositivos protésicos (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre dispositivos protésicos apropiados que satisfacen adecuadamente las necesidades médicas del miembro para participar en actividades ADL/estándar. Estos dispositivos protésicos incluyen los reemplazos necesarios por el crecimiento hasta la madurez del Afiliado. Se brinda cobertura para dispositivos artificiales necesarios desde el punto de vista médico, incluidos extremidades u ojos, aparatos ortopédicos o dispositivos protésicos u ortopédicos similares (excluyendo aparatos dentales y el reemplazo de lentes para cataratas).

El mantenimiento y las reparaciones de los aparatos protésicos que sean resultado de un accidente, un mal uso o abuso son responsabilidad del Afiliado.

A efectos de esta definición, una peluca o un peluquín no se consideran aparatos protésicos.

Cirugía reconstructiva (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre los cargos realizados por un médico, hospital o centro quirúrgico por servicios y suministros reconstructivos, los cuales incluyen:

- Cirugía necesaria para mejorar el deterioro funcional significativo de una parte del cuerpo;



- Cirugía para corregir el resultado de una lesión accidental, incluida una cirugía en fases o relacionada posterior, siempre que la cirugía ocurra no más de 24 meses después de la lesión original. Para un menor con cobertura, el periodo para la cobertura puede extenderse hasta los 18 años;
- Cirugía para corregir el resultado de una lesión que ocurrió durante un procedimiento quirúrgico cubierto, siempre que la cirugía reconstructiva ocurra no más de 24 meses después de la lesión original. (Nota: Las lesiones que ocurren como resultado de un tratamiento médico [es decir, no quirúrgico] no se consideran lesiones accidentales, aunque se hayan previsto o sean inesperadas); y
- Cirugía para corregir anomalías craneofaciales hasta los 18 años de edad.

Los gastos cubiertos incluyen la reconstrucción de la mama en la que se realizó una mastectomía necesaria desde el punto de vista médico por un tumor maligno, incluidos un implante y la reconstrucción de la areola. También se incluye la cirugía en una mama sana para hacerla simétrica con la mama reconstruida y fisioterapia para tratar las complicaciones de una mastectomía, incluido el linfedema. La cobertura de la Cirugía reconstructiva no incluye el reemplazo de implantes mamarios opcionales anteriores.

La cirugía estética opcional NO está cubierta.

La cirugía reconstructiva está cubierta en la medida requerida por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.

Servicios de rehabilitación (terapias físicas, del habla y ocupacionales) (se recomienda autorización previa)

El Plan de Salud cubre los servicios de rehabilitación y terapias físicas, del habla y ocupacionales que son médicamente necesarias, cumplen o superan las metas de tratamiento para el Miembro, y se brindan de forma hospitalaria o ambulatoria o en el consultorio del proveedor. Para una persona con discapacidad física, los objetivos del tratamiento pueden incluir el mantenimiento de la función o la prevención o la ralentización de un mayor deterioro. Ver limitaciones que aplican al número de visitas por año en el Resumen de Prestaciones para Terapias Físicas y Ocupacionales.

Para la rehabilitación de pacientes hospitalizados, el Afiliado debe participar en al menos 15 horas por semana de terapia de rehabilitación intensiva.

Centro de enfermería especializada (se recomienda autorización previa)

El Plan de salud cubre la atención en un Centro de enfermería especializado e incluye:

- Habitación y comida;
- Servicios, suministros y equipos médicos de rutina proporcionados por el Centro de enfermería especializada;
- cuidados de enfermería generales proporcionados por personal de enfermería registrado (RN), especializado (APN) o vocacional autorizado (LVN); y
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria brindados por un terapeuta autorizado.

Tratamiento del consumo de sustancias/trastornos por consumo de opiáceos/salud conductual (se recomienda autorización previa)



Los Tratamientos de trastornos por consumo de sustancias son un programa organizado, intensivo, estructurado y rehabilitativo de un Hospital o un Centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que puede incluir, entre otros, Servicios de tratamiento agudo y Servicios de estabilización clínica. No incluye programas que son principalmente de asesoría proporcionada por personas que no son Profesionales de la salud del comportamiento, evaluaciones ordenadas por un tribunal, programas que son principalmente para evaluaciones de diagnóstico, discapacidades mentales o discapacidades de aprendizaje, atención en el lugar de detención o asignación correccional, o retiros familiares.

Trastorno por consumo de sustancias se refiere a una afección o trastorno que se encuentra en cualquiera de las categorías de diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que se enumera en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales.

Centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias se refiere a un centro (que no sea un hospital) cuya función principal es el tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias y que está autorizado por la autoridad estatal y local correspondiente para prestar dicho servicio, cuando opera dentro del ámbito de dicha licencia. No incluye los alojamientos de paso, los internados u otras instalaciones que proporcionan principalmente un entorno de apoyo, incluso si la asesoría se proporciona en dichas instalaciones.

Una serie de tratamientos es un programa planificado, estructurado y organizado para promover el estado sin sustancias. Un programa puede incluir diferentes centros y modalidades, como desintoxicación hospitalaria, rehabilitación/tratamiento para pacientes hospitalizados, hospitalización parcial o tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios o una serie de estos niveles de tratamiento sin interrupción en el tratamiento. Una serie se completa cuando un Afiliado es dado de alta por recomendación médica o cuando un Afiliado no cumple sustancialmente el programa de tratamiento.

El tratamiento para pacientes hospitalizados del trastorno por consumo de sustancias debe proporcionarse en un centro especializado en dicho tratamiento. Los beneficios para el control médico de la intoxicación aguda y potencialmente mortal (toxicidad) en un hospital estarán disponibles de la misma manera que para cualquier otra enfermedad.

El Plan de Salud cubre el tratamiento necesario desde el punto de vista médico para pacientes hospitalizados y ambulatorios para el Trastorno por consumo de sustancias en un Centro de tratamiento diurno, una Unidad o Centro de estabilización de crisis, un Centro de tratamiento residencial o un Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes.

Los servicios del Programa intensivo de tratamiento ambulatorio/Programa de tratamiento de hospitalización parcial pueden estar disponibles con menor intensidad si te estás recuperando de Trastorno por consumo de sustancias. Si te estás recuperando de Trastorno por consumo de sustancias, los servicios pueden incluir psicoterapia, farmacoterapia y otras intervenciones destinadas a promover la recuperación, como la elaboración de planes de recuperación y voluntades anticipadas, estrategias para identificar y manejar las primeras señales de alerta de una recaída, el desarrollo de habilidades de autocontrol y la prestación de servicios de apoyo entre iguales.

Los Programas intensivos para pacientes ambulatorios pueden utilizarse como un punto inicial de ingreso a la atención, como un ascenso desde los servicios Ambulatorios de rutina o como



un descenso desde la atención aguda para pacientes hospitalizados, la atención residencial o un Programa de tratamiento con hospitalización parcial.

Todos los tratamientos de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados y determinados tratamientos para pacientes ambulatorios requieren Autorización previa. Si tienes preguntas, comunícate con Servicios para Afiliados de Curative al 855-428-7284.

Dosis acumulativa de opioides:

Para garantizar que tu medicamento sea seguro y efectivo, y según lo recomendado por la Guía de los CDC, es posible que tu medicamento opiode requiera la autorización previa de Curative o una revisión adicional por parte de tu farmacia. Consulta Dosis acumulativa de opioides en la sección Farmacia para obtener más detalles.

Telemedicina/Telesalud

El Plan de salud cubre el uso de audio, video u otros medios electrónicos sincrónicos e interactivos para la atención médica proporcionada por su Médico. Estos servicios pueden ser para una cuestión médica o relacionada con la salud mental. Los servicios de Telemedicina/Telesalud prestados por un proveedor preferido o contratado están cubiertos por el Plan de salud sobre la misma base y en la misma medida en que el Plan cubre el servicio en un entorno presencial.

Telemedicina a demanda

El Plan de Salud también ofrece sin costo alguno a los Miembros una **Visita de Telemedicina On Demand** con un audio, video interactivo, audio, video u otros medios electrónicos 24/7/365 On Demand sincrónicos para brindar atención médica según sea necesario por un Médico o Pediatra contratado de tele medicina. Estos servicios pueden ser para un tema médico o relacionado con la salud mental.

Algunas de las afecciones habituales que pueden tratarse mediante una Consulta de telemedicina a demanda incluyen, entre otras:

- Síntomas de COVID-19, resfrío y gripe
- Erupciones e infecciones de la piel
- Conjuntivitis
- Tos y dolor de garganta
- Mordeduras y picaduras de insectos
- Dolor de oído y otitis externa
- Alergias estacionales
- Sinusitis
- Infecciones urinarias
- Vulvovaginitis candidiásica
- Náuseas y diarrea
- Dolor leve de espalda o de hombros
- Lesiones, esguinces y torceduras leves
- Traumatismos, quemaduras o laceraciones leves
- Preguntas generales sobre salud y medicamentos
- Estrés, ansiedad o depresión

Pelucas



Las pelucas están aprobadas por el plan cuando la caída del cabello es consecuencia de una lesión, enfermedad o tratamiento de una enfermedad, sin superar una prestación máxima de \$200 por año del plan.



Tus **beneficios** para medicamentos recetados

El Plan de salud quiere garantizar que los Afiliados tengan acceso a medicamentos recetados de alta calidad. El Programa de medicamentos recetados cubre los medicamentos recetados necesarios desde el punto de vista médico en función de lo siguiente:

- El medicamento está incluido en nuestro formulario aprobado;
- Cuenta con la aprobación de la FDA para al menos un síntoma; y
- Es reconocido por lo siguiente para el tratamiento del síntoma para el que se receta:
 - literatura médica considerablemente aceptada revisada por colegas.

Los medicamentos cubiertos por el plan de salud se identifican en una lista de medicamentos cubiertos (o Formulario). El Formulario indicará si tu medicamento está en el formulario y si es un medicamento de marca o genérico, preferido o no preferido o especializado no preferido. Esto, junto con tu elección de farmacia, determina el costo de tus medicamentos.

Para obtener la lista de los medicamentos del Formulario de Curative, visita nuestra página web www.curative.com/pharmacy o llama a Servicios para afiliados de Curative al 855-428-7284.

Todos los costos compartidos, las limitaciones y las excepciones de los Afiliados para un medicamento recetado se indican en el Resumen de beneficios. El uso de medicamentos de la categoría de medicamentos preferidos te permitirá ahorrar dinero. Salvo que se indique lo contrario, los copagos de medicamentos recetados indicados son para un suministro de medicamentos de hasta 30 días.

Las categorías de niveles de beneficios de medicamentos recetados que se indican en el Resumen de beneficios son:

Los **medicamentos preferidos** son una lista de medicamentos genéricos, de marca, de venta libre y especializados preferidos por su eficacia clínica y oportunidades para ayudar a contener los costos de los afiliados y del plan. Se ha diseñado el plan de salud con este nivel de prestaciones para incluir al menos un medicamento de cada tipo, incluidos los medicamentos especializados de alto costo, de modo que siempre haya una opción preferida disponible para cualquier situación.

Los medicamentos genéricos y de marca no preferidos son medicamentos que no están en la categoría de medicamentos preferidos porque hay alternativas más efectivas o menos costosas disponibles. Estos medicamentos requieren un copago más alto.

Los medicamentos especializados no preferidos suelen ser los medicamentos recetados de mayor costo y se usan para tratar afecciones crónicas complejas que incluyen, entre otras, artritis reumatoide, psoriasis, cáncer y esclerosis múltiple, que no están en la categoría de medicamentos preferidos porque hay alternativas disponibles más efectivas o menos costosas.

Si reúnes los requisitos para la exención de costos compartidos Dentro de la red (ya sea en los primeros 120 días de inscripción o después de finalizar la Visita Introductoria):



- Los medicamentos preferidos estarán disponibles con un copago, un deducible y un coseguro sin cargo.
- Los medicamentos genéricos y de marca no preferidos estarán disponibles con un copago, un deducible y un coseguro sin cargo.
- Los medicamentos especializados no preferidos estarán disponibles con un copago de \$250 y un deducible y un coseguro sin costo.

Nota: Se recomienda que tengas autorización previa para algunos medicamentos, y algunos medicamentos requerirán terapia escalonada y limitaciones de cantidad. Para obtener más información, consulta el Formulario.

Si tu proveedor te receta un medicamento nuevo, la primera receta médica puede limitarse a un suministro de 14 días (por la mitad del copago), y luego se puede dispensar el resto del suministro de 30 días para determinar la seguridad, tolerabilidad y eficacia.

En caso de que un medicamento no esté incluido en el Formulario y se apruebe su cobertura, se aplicará el costo compartido de medicamentos no preferidos para medicamentos de marca o genéricos. El costo compartido de los medicamentos especializados no preferidos se aplicará a los medicamentos especializados.

Además del copago, puedes tener que pagar una penalización por prescripción (DAW). Esto significa que puedes ser responsable de la diferencia entre el medicamento de marca no preferido y el medicamento genérico equivalente, cuando haya genéricos disponibles. Nota: Algunos medicamentos están exentos de la penalización de precios. Se puede solicitar una excepción de marca de penalización de precios DAW.

Límites en los copagos

El Plan de salud no te exigirá que hagas un pago por un medicamento recetado en el punto de venta en un monto mayor que resulte el menor de lo siguiente:

- El copago aplicable
- El monto de la reclamación permitido para el medicamento recetado.
- El monto que pagarías si adquirieras el medicamento sin usar un plan de beneficios de salud

ni ninguna otra fuente de beneficios o descuentos en medicamentos.

Límites en el costo compartido de la insulina

El costo compartido de la insulina incluida en la Lista de medicamentos cubiertos de Curative no excederá los \$25.00 por receta médica para un suministro de 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina necesaria para surtir la receta médica.

Gotas para los ojos recetadas

Las gotas para los ojos recetadas para tratar una enfermedad o afección ocular crónica pueden resurtirse si pagas el copago requerido en el punto de venta y:

- La receta médica original indica que se necesitan cantidades adicionales de gotas para los ojos



- El resurtido no excede la cantidad total de unidades de dosis autorizadas por el proveedor que las recetó en la receta original, incluidos los resurtidos; y
- El resurtido se dispensa el último día del periodo de dosificación estipulado o antes y:
 - no antes del día 21 después de la fecha en que se dispensará una receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
 - no antes del día 42 después de la fecha en que se dispensará una receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos; o
 - no antes del día 63 después de la fecha en que se dispensará una receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Sincronización de medicamentos recetados

El Plan de salud prorrataará cualquier monto de costos compartidos cobrado por un suministro parcial de un medicamento recetado si:

- La farmacia o el médico o proveedor de atención médica que receta del suscriptor notifica al plan de beneficios de salud que:
 - la cantidad dispensada es para sincronizar las fechas en que la farmacia dispensa los medicamentos recetados del suscriptor; y
 - la sincronización de las fechas es en pro del suscriptor.
- Aceptas la sincronización
- El prorrato se basa en el número de días; el suministro del medicamento que realmente se dispensó.

Acceso a la farmacia

Farmacias minoristas:

Puedes acudir a cualquier farmacia dentro de la red de tu elección. Los medicamentos de venta al público se limitan normalmente a un suministro para 30 días, pero pueden aumentarse a 90 días si se adquieren en una farmacia minorista dentro de la red y la receta médica es para una cantidad de 90 días.

Retira tus medicamentos recetados en una farmacia del vecindario dentro de la red o recíbelos cómodamente en una farmacia designada. Encuentra una farmacia dentro de la red contratada cerca de ti en www.curative.com/pharmacy.

Farmacias de venta por correo: el plan de salud también ofrece una opción de venta por correo que brinda a los afiliados la oportunidad de ahorrar aún más y mayor comodidad. El servicio de venta por correo solo está disponible en las farmacias designadas www.curative.com/curative-pharmacy. La venta por correo es una opción especialmente adecuada para tus medicamentos de mantenimiento (a largo plazo). Después de los dos primeros resurtidos de un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista dentro de la red, todos los resurtidos en adelante deben realizarse a través de la farmacia de venta por correo de Curative u otra farmacia



designada si te encuentras fuera del área de servicio de Curative. Consulta la farmacia de venta por correo de tu zona en www.curative.com/curative-pharmacy.

Farmacias especializadas: los medicamentos especializados están sujetos a un límite de suministro de 30 días. Los afiliados a los que se les receten medicamentos especializados deben adquirirlos en la farmacia especializada designada por Curative. Encontrarás más información en www.curative.com/pharmacy. Hay algunos medicamentos especializados en el Formulario en la categoría Medicamentos preferidos que están disponibles sin costo alguno.

Cobertura de medicamentos de uso no aprobado

El Plan de salud cubrirá un medicamento recetado para tratar una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal cubierta por el plan si el medicamento:

- (1) cuenta con la aprobación de la FDA para al menos un síntoma; y
- (2) es reconocido por lo siguiente para el tratamiento del síntoma para el que se receta:
 - (A) un compendio de referencia de medicamentos recetados aprobado por el comisionado para los fines de esta sección; o
 - (B) literatura médica considerablemente aceptada revisada por colegas.

La cobertura de un medicamento conforme a esta sección incluye la cobertura de servicios necesarios desde el punto de vista médico, asociados con la administración del medicamento.

La cobertura de un medicamento conforme a esta sección no incluye:

- (1) medicamentos experimentales que no estén aprobados de otra manera para un síntoma por la FDA;
- (2) cualquier enfermedad o condición que esté excluida de la cobertura conforme al plan; o
- (3) un medicamento que la FDA ha determinado que está contraindicado para el tratamiento del síntoma actual.

Dosis acumulativa de opioides

De acuerdo con los lineamientos de los CDC, para garantizar que tu medicamento sea seguro y eficaz, es posible que se limite en cualquiera de los siguientes casos: 1). Te recetaron una dosis superior a la recomendada 2). Actualmente tomas otros medicamentos, como por ejemplo benzodiazepinas, que pueden interactuar con los opioides o 3). Estás comenzando el tratamiento con opioides. El plan de salud limitará los opioides a un máximo de 7 días si estás comenzando el tratamiento con opioides y limitará las dosis a un máximo de 90 miligramos de morfina (MME) al día para todos los afiliados.

Tu farmacia puede trabajar en colaboración con tu médico a fin de obtener la información necesaria para ayudar a procesar tu reclamación. Si padeces alguna afección, como cáncer o



anemia de células falciformes, o recibes cuidados paliativos, es posible que esta limitación no se aplique en tu caso. Llama a Servicios para Afiliados al 855-428-7284 si tienes alguna duda sobre tus reclamaciones a farmacia.

Sobredosis de opioides:

El plan de salud cubrirá la naloxona genérica o el OTC de preferencia (inyección y aerosol nasal) con un copago sin cargo. Estos medicamentos ayudarán a prevenir una sobredosis y no requieren receta médica en la farmacia. Consulta la categoría de medicamentos preferidos del Formulario para ver una lista de los medicamentos preferidos para la naloxona.

Vacunas en farmacias

El Plan de Salud cubre determinadas vacunas médicamente necesarias que se administran en farmacias. La elegibilidad para la cobertura de vacunas puede depender de factores determinantes para algunas vacunas, incluidos, entre otros, la edad y la frecuencia recomendada de vacunación. Nota:

- El beneficio de farmacia NO cubre las vacunas por viaje; y
- Si te vacunas en una farmacia que no pertenezca a la red, deberás presentar una reclamación con un recibo detallado, si la farmacia no puede enviar la reclamación a Curative por vía electrónica.

Las siguientes vacunas estarán cubiertas en tu farmacia. Esta lista no es exhaustiva; consulta la lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) para obtener una lista completa:

Vacuna neumocócica	Influenza (vacunas contra la gripe)	Virus del papiloma humano (VPH)
Shingrix	Hepatitis B	Vacuna antimeningocócica
RSV	COVID-19	

Dejar de fumar

Tu beneficio de farmacia permitirá la cobertura de Agentes para dejar de fumar de venta libre (OTC), como parches, chicles y pastillas, así como agentes para dejar de fumar. Se cubrirán con un copago de \$0. Requiere una receta de tu médico para obtener estos productos de tu farmacia.

Tratamiento por pasos

Algunas recetas médicas incluidas en el Formulario de Curative requieren que los afiliados utilicen un medicamento alternativo clínicamente aceptable antes de permitir la dispensación de



una determinada receta. La terapia escalonada garantiza el cumplimiento de las pautas clínicas. Es posible que existan excepciones a los requisitos de Terapia Escalonada si el paciente ha presentado alergias, falta de eficacia o eventos adversos con el(los) medicamento(s) preferente(s).

Si utilizas una farmacia fuera de la red, es posible que esta no conozca la terapia escalonada requerida y que tu reclamo se rechace por no cumplir los requisitos del tratamiento. Si tienes alguna pregunta sobre qué medicamentos son aplicables a la terapia escalonada, visita nuestra página web www.curative/pharmacy o llama a Servicios para afiliados de Curative al 855-428-7284.

El tratamiento por pasos no se aplicará a las recetas relacionadas con diagnóstico de cáncer metastásico avanzado etapa 4, afecciones asociadas y enfermedades terminales.

Si tu proveedor desea una excepción al requisito de terapia escalonada, puede enviar una solicitud a Curative al 855-428-7284. El Administrador de reclamos revisará y proporcionará una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la solicitud. Si la rechazamos, tienes derecho a solicitar una apelación interna acelerada y una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), como se explica en la sección Reclamos del presente folleto de prestaciones.

Autorización previa de recetas

Se recomiendan autorizaciones previas para garantizar el uso adecuado de un medicamento, incluida su seguridad y eficacia. Encontrarás una lista de las recetas médicas para las que se recomienda autorización previa en www.curative.com/pharmacy o puedes comunicarte con Servicios para afiliados de Curative al (855) 428-7284.

Se recomienda que tu médico presente un formulario de autorización en el momento en que elabore la receta. Si vas a obtener una receta de una farmacia que no pertenece a la red, debes informarles que se recomienda una autorización previa.

Para obtener más información sobre los procedimientos a seguir para reclamaciones y apelaciones de Autorizaciones previas, consulta la sección “Reclamaciones” a continuación.

Consulta la sección Limitaciones y exclusiones de este Folleto de beneficios para obtener más detalles sobre los medicamentos que pueden no estar cubiertos.

Determinación adversa por limitación del formulario

Si el Administrador de reclamaciones niega un medicamento recetado que te recetaron porque el medicamento no está incluido en el formulario de medicamentos, y el médico que receta determinó que el medicamento es médicamente necesario, el Plan de salud de salud te otorgará derechos de apelación de la misma manera que cualquier otra Determinación adversa.



LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Además de las limitaciones y exclusiones mencionadas en la sección Qué cubre el plan de este Folleto de beneficios, el Plan de salud no cubre los siguientes gastos médicos:

1. Servicios recibidos de proveedores dentro de la red, a menos que los servicios dentro de la red no estuvieran disponibles, tal y como se describe en la sección Servicios Fuera de la Red de este Folleto de Beneficios.
2. Cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea médicamente necesario ni esencial de acuerdo con el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o disfunción corporal.
3. Cualquier servicio, suministro o medicamento experimental o en investigación, excepto las visitas a un consultorio clínico y laboratorios aplicables.
4. Cualquier parte de un cargo por un servicio, suministro o medicamento que supere la cantidad permitida según lo determinado por el Administrador de reclamaciones.
5. En cuanto a los servicios recibidos de un proveedor de la red, no serás responsable de ninguna parte de los gastos del proveedor que no hayas abonado. Para los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, el proveedor fuera de la red puede facturarte cualquier diferencia entre los gastos del proveedor y el monto pagado por el plan de salud. El servicio subyacente debe ser un servicio cubierto y médicamente necesario.
6. Ningún beneficio que supere los máximos de beneficios especificados en este Folleto de beneficios.
7. Reclamaciones presentadas después de 12 meses a partir de la fecha del servicio.
8. Todos los servicios, suministros o medicamentos que se presten en relación con una enfermedad ocupacional, o una lesión sufrida en el ámbito y en el curso de cualquier empleo, sean o no sean beneficios, o que podrían, por reclamación adecuado, ser proporcionados bajo un plan de Compensación al Trabajador.
9. Cualquier servicio, suministro o medicamento por el cual un Afiliado no esté obligado a pagar o por el que un Afiliado no tendría la obligación legal de pagar en ausencia de esta cobertura u otra similar.
10. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione por lesiones sufridas como resultado de una guerra (declarada o no declarada), insurrección, participación en un disturbio o en una actividad delictiva.
11. Servicios relacionados con un desastre. En caso de desastre mayor, los servicios se prestarán en la medida en que sea práctico, de acuerdo con el mejor criterio de los profesionales de la salud y dentro de las limitaciones de las instalaciones y el personal disponible, pero ni el Plan de Salud ni ningún profesional de la salud tendrán ninguna responsabilidad por demora o falta de prestación ni de organizar los servicios debido a la falta de instalaciones o personal disponible.



12. Servicios ordenados por un tribunal. Se excluyen los servicios de atención a la salud prestados únicamente por orden de un órgano jurisdiccional o administrativo. También se excluyen los cargos por la comparecencia de un proveedor ante un tribunal.
13. El reembolso de los servicios, suministros o medicamentos proporcionados por un proveedor o centro fuera de la red estará sujeto a las prestaciones estipuladas en este manual de prestaciones y limitado a la cantidad permitida.
14. La cobertura de cualquier servicio, suministro o medicamento que brinde un proveedor o un centro contratado fuera de su ámbito de práctica se pagará a nivel de beneficios fuera de la red.
15. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione a un Afiliado fuera de Estados Unidos, incluso si este viajó a ese lugar a fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos.
16. Cualquier servicio, suministro o medicamento que proporcione o recete un proveedor que sea pariente consanguíneo o legal del Afiliado.
17. Un servicio proporcionado por una institución o profesional de Ciencia cristiana u otra fe o cultura.
18. Cualquier cargo que resulte de no acudir a una visita programada con un médico u otro proveedor profesional; completar algún formulario del seguro o adquirir historiales médicos.
19. Reembolso por servicios duplicados el mismo día por diferentes proveedores.
20. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione antes de que el paciente cuente con cobertura como Afiliado en este Plan o cualquier servicio o suministro posterior a la finalización de la cobertura del Afiliado.
21. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione como atención por parte de algún cuidador, atención a largo plazo, atención de relevo (salvo que se indique lo contrario en Cuidados de hospicio).
22. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione a algún servicio social médico (excepto los proporcionados como gastos de cuidados prolongados), terapia de duelo (excepto los proporcionados en el marco de los Cuidados de hospicio) y terapia vocacional.
23. Los gastos de alojamiento y manutención incurridos durante una hospitalización para la realización de procedimientos de diagnóstico o evaluación si las pruebas podrían haberse hecho de manera ambulatoria sin afectar negativamente el estado físico del Afiliado o la calidad de la atención médica prestada.
24. Terapia mediante infusión a domicilio, a menos que esos servicios se prestaran de forma rutinaria en un centro.
25. Servicios privados de enfermería.



26. Servicios de enfermería y atención a la salud a domicilio.
27. Medicamentos para perder peso, productos alimenticios y programas o equipos de ejercicio.
28. La cirugía bariátrica está limitada a una cirugía de por vida. Para obtener más información sobre el tratamiento bariátrico, consulte la sección Qué está cubierto en este Folleto de beneficios.
29. Alimentos y productos nutricionales, incluidos, entre otros, alimentos dietéticos y fórmulas enterales si es inferior al 100 % de tu ingesta nutricional, ni tampoco los alimentos de tus visitas.
30. Cualquier servicio, suministro o medicamento que se proporcione para aumentar o disminuir la altura o alterar la tasa de crecimiento, incluidos los procedimientos quirúrgicos o los dispositivos para estimular el crecimiento (excepto ciertas enfermedades endocrinas).
31. Ningún servicio, suministro ni medicamento que se relacionen con:
 - Cuidado de rutina de los pies, incluidos, entre otros, la extracción de verrugas, callos o callosidades, o el corte y recorte de las uñas de los pies en ausencia de una enfermedad sistémica grave; o
 - Cuidado de pies por pie plano y arcos caídos.
32. Aparatos protésicos de reemplazo, excepto aquellos necesarios por crecimiento debido a la edad del Afiliado.
33. El equipo médico duradero no cubierto incluye, entre otros, aire acondicionado, purificador de aire, máquina criogénica, humidificador, equipo de acondicionamiento físico y equipo de baño de hidromasaje.
34. Vacunas que no sean de rutina y se reciban para viajar.
35. Medicamentos ambulatorios excepto los previstos en el Plan de Salud en el Programa de Medicamentos Prescritos en este Folleto. Esto incluye cualquier medicamento dispensado por su proveedor para uso ambulatorio (incluidos, entre otros, medicamentos compuestos, productos dermatológicos o línea de productos desarrollados por médicos, a menos que se incluya en la sección Qué está cubierto de este Folleto de beneficios).
36. El uso de cualquier procedimiento, suministro o medicamento recetado no genérico para el tratamiento de la disfunción sexual.
37. Medicamentos de venta libre y anticonceptivos recetados por tu proveedor que no estén incluidos en la Lista de Curative.
38. Dispositivos experimentales de venta libre.
39. Medicamentos que no estén incluidos en la Lista de Curative.



40. Medicamentos no aprobados por la FDA, excepto aquellos específicamente indicados en la sección Qué está cubierto de este Folleto de beneficios, ni tratamientos suministrados para tratar una afección si tal indicación no está aprobada por la FDA.
41. Tratamientos recetados que se dispensen en cantidades superiores a las cantidades de suministro diario estipuladas en este Folleto de beneficios.
42. Medicamentos ilegales, no éticos, imprudentes o no Médicamente necesarios.
43. Medicamentos que se usen para estimular el crecimiento del cabello o para reemplazarlo, incluidos, entre otros, Rogaine o Minoxidil.
44. Los medicamentos compuestos no están cubiertos a menos que se indique en la sección Qué está cubierto de este Folleto de beneficios.
45. Medicamentos que requieran el tratamiento por pasos necesario, pero que no se haya cumplido.
46. Reposición de los medicamentos perdidos, robados, destruidos o extraviados, excepto aquellos robados e incluidos en un informe policial.
47. Medicamentos cosméticos que se usen para mejorar la apariencia, incluidos, entre otros, aquellos contra el envejecimiento de la piel y para la reducción de arrugas.
48. Servicios cosméticos y cirugía plástica.
49. Cualquier enjuague bucal antiséptico o fluoruro de venta con receta médica, enjuagues bucales o soluciones o preparaciones orales tópicas.
50. Cirugía ortognática para Afiliados mayores de 19 años.
51. Todos los gastos relacionados con el cuidado dental o la cirugía oral (excepto para el tratamiento correctivo de una lesión accidental en los dientes naturales; y el afiliado debe permanecer en el plan hasta que se complete todo el tratamiento para continuar con la cobertura) o cualquier tratamiento relacionado con los dientes, mandíbulas o estructuras adyacentes (por ejemplo, periodonto), incluidos, entre otros:
 - Limpieza de los dientes;
 - Cualquier servicio relacionado con coronas, puentes, empastes o periodoncia;
 - Ampliadores palatinos rápidos;
 - Radiografías o exámenes;
 - Dentaduras postizas o implantes dentales;
 - Prótesis dentales, o acortamiento o alargamiento de la mandíbula o maxilar para Afiliados mayores de 18 años, corrección de maloclusión;
 - Cualquier servicio dental no quirúrgico que sea parte del tratamiento del síndrome de dolor-disfunción de la Articulación temporomandibular (TMJ), como aparatos y dispositivos orales;
 - Tratamiento de absceso dental o granuloma;
 - Tratamiento de tejidos gingivales (que no sean tumores);
 - Cirugía o tratamiento de sobremordida o mordida inferior y cualquier maloclusión asociada, incluidas aquellas que se consideren anomalías congénitas o del desarrollo;



- Ortodoncia, como férulas, posicionadores, extracciones de dientes o reparación de dientes dañados; y
 - Quistes odontogénicos.
52. Servicios y suministros relacionados con la visión que no figuran en la sección Qué está cubierto de este Folleto de beneficios.
53. Pruebas y terapia educacional, habilidades motoras o lingüísticas, o servicios que sean de naturaleza educativa o pruebas vocacionales, ni capacitación (por ejemplo, entre otros, dislexia, intervención en la primera infancia (ECI), cursos de mecanografía, idiomas o aprendizaje).
54. Terapias alternativas/opcionales (incluidas, entre otras, terapia recreativa, programas de ejercicios, hipnoterapia, terapia musical, terapia de lectura, terapia de integración sensorial, terapia de la visión, capacitación de la visión, terapia ortopédica, terapia de la visión conductual, terapia de la visión de integración, ortotricia, terapia de quelación, crioterapia, terapia de masaje, reemplazo o extracción del cabello) independientemente de la indicación.
55. Terapias de manipulación y ajuste de la columna vertebral.
56. Cualquier servicio o suministro proporcionado para las siguientes modalidades de tratamiento, incluidos, entre otros:
- Tracción intersegmental;
 - EMG de superficie;
 - Manipulación de la columna vertebral bajo anestesia; y
 - Pruebas musculares a través de máquinas cinesiológicas computarizadas, como Issostation, Digital Myograph y Dynatron.
57. La biorretroalimentación no está cubierta por ningún motivo, excepto por incontinencia urinaria.
58. Terapia extracorpórea con ondas de choque (ESWT), excepto para el tratamiento de cálculos renales.
59. Exámenes físicos, Tratamiento y evaluaciones requeridas o solicitadas por empleadores, aseguradoras, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades licenciantes, despacho de vuelo y otros terceros.
60. Medicamentos que mejoren el rendimiento deportivo.
61. Equipo o medicamento para aumentar la fuerza.
62. Cordones deportivos y unidades TENS u otros dispositivos de apoyo para deportistas.
63. Suministros desechables para pacientes ambulatorios: cualquier suministro o dispositivo desechable para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, vendajes, suministros para pruebas (excepto para diabetes), pañales, bacinilla, medias de compresión, compresas y otros dispositivos no destinados a ser reutilizados.
64. Servicios y suministros utilizados principalmente para la comodidad del paciente.



65. Servicios para la comodidad prestados por un hospital (incluidos, entre otros, habitaciones privadas, camas para huéspedes, televisión).
66. Artículos para la practicidad y comodidad personal, incluidos, entre otros, almohadillas térmicas, purificadores de aire.
67. Prendas de sujeción, incluidas, entre otras, medias de compresión, calcetines de compresión y ortopedia de venta libre.
68. Mejoras en el hogar y la movilidad, incluidos, entre otros, ampliación de puertas, rampas o modificación del hogar.
69. Gastos médicos para un donante de trasplante.
70. Gastos de transporte en transporte personal y que no sea ambulancia si no es médicamente necesario.
71. Tratamiento de la infertilidad, incluidos los servicios médicos, la inseminación artificial y todos los medicamentos relacionados con el tratamiento de la infertilidad o cualquier tecnología de reproducción asistida o tratamiento relacionado.
72. Almacenamiento de fluidos corporales, incluidos, entre otros, semen, óvulos y partes del cuerpo.
73. Reversión de esterilización voluntaria; cualquier gasto relacionado con maternidad subrogada; servicios de infertilidad necesarios debido a un cambio de género por parte del Afiliado.
74. Terapia genética no mencionada en la sección Qué está cubierto de este Folleto de beneficios.
75. Ningún servicio relacionado con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias proporcionados por centros de transición, programas de cuidado de la salud al aire libre, vida supervisada, hogares grupales, casas de huéspedes u otras instalaciones que brindan principalmente un entorno de apoyo y abordan problemas sociales a largo plazo, incluso si la terapia se proporciona en dichos establecimientos. Curative requiere que cualquier centro que brinde atención médica para enfermedades mentales o un programa de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias esté acreditado como un centro de tratamiento residencial por el Consejo de Acreditación, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud o la Asociación Estadounidense de Servicios Psiquiátricos para Niños.
76. Cualquier servicio, suministro o medicamento no definido específicamente como gasto elegible en este plan.



Gestión de la utilización

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: Proveedores de la red

Si un proveedor dentro de la red abandona la red de Curative y dicho proveedor está tratando actualmente a un afiliado, el plan de salud reembolsará al proveedor la misma tarifa de proveedor dentro de la red si, en el momento de la finalización del vínculo con la red, eres un “paciente de atención continua”. Si tienes alguna pregunta sobre tus derechos y oportunidades de continuidad de la atención, llama o envía un mensaje de texto a Servicios para afiliados de Curative al 855-428-7284.

Continuidad de la atención médica

El Administrador de reclamaciones te avisará si eres un paciente de atención continua y puede brindarte atención médica de transición por hasta 90 días si:

- la relación contractual entre Curative y el proveedor o instalación se termina por vencimiento o porque no se realice una renovación; o
- los beneficios proporcionados bajo el Plan de salud con respecto al proveedor o instalación se cancelan debido a un cambio en los términos de participación de dicho proveedor o instalación bajo el Plan de salud.

Eres un “paciente de atención continua” con respecto a un proveedor o instalación si:

- estás recibiendo un tratamiento del proveedor o instalación por una “enfermedad grave y compleja”.
- estás recibiendo atención institucional u hospitalaria por parte del proveedor o instalación;
- se te programó para someterte a una cirugía no electiva que realizará el proveedor, incluida la recepción de atención médica postoperatoria, de dicho proveedor o instalación con respecto a dicha cirugía;
- estás embarazada y recibiendo tratamiento para el embarazo del proveedor o instalación; o
- padeces una enfermedad terminal o se ha determinado que padeces una “enfermedad terminal” (un pronóstico médico según el cual tu esperanza de vida es de seis meses o menos) y estás recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por parte de dicho proveedor o instalación.

Si eres paciente de atención continua y eliges recibir atención continua, el Plan de Salud continuará dicha cobertura con respecto al tratamiento proporcionado por el proveedor o instalación, bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado bajo el Plan de Salud si dicha terminación de la red no hubiera ocurrido durante el período que comienza en la fecha en que el Plan de Salud notifica al Miembro de los derechos de continuidad de la atención y finaliza en la fecha que ocurra primero de las siguientes:

- 90 días después; o
- la fecha en la que el Afiliado ya no sea un paciente de atención continua con respecto a dicho proveedor o instalación.

AUTORIZACIONES PREVIAS



El plan de salud recomienda la aprobación anticipada (autorizaciones previas) para determinados servicios. La autorización previa establece con anticipación la necesidad médica de determinados cuidados y servicios cubiertos por el plan de salud. Las autorizaciones previas garantizarán que los servicios de atención no se nieguen si existe una necesidad médica. La cobertura de las prestaciones está sujeta a otros requisitos aplicables, como el estado de la red de proveedores, las limitaciones y exclusiones, el pago de la prima y la elegibilidad en el momento en que se prestan la atención médica y los servicios.

Se recomienda la Autorización previa para los siguientes tipos de servicios:

- Todas las hospitalizaciones
- Todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios
- Análisis conductual aplicado
- Cirujano asistente
- Ambulancia no urgente
- Biorretroalimentación para incontinencia urinaria (la biorretroalimentación no está cubierta para otras indicaciones)
- Medicamentos enumerados en el Listado de autorización previa de la Farmacia
- Pruebas de laboratorio genético molecular
- Radioterapia/Radioterapia oncológica
- Fórmulas/productos alimenticios/nutrición líquida
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Atención médica a domicilio
- Cuidados de hospicio
- Cuidados paliativos
- Servicios oncológicos (quimioterapia, radioterapia)
- Cirugía bucal
- Observación
- Ortopedia y prótesis
- Mastectomía
- Procedimientos MOHS
- Servicios de rehabilitación (terapias físicas, del habla y ocupacionales)
- Cualquier equipo médico duradero por más de \$750
- Trasplantes
- Diálisis
- Imágenes avanzadas
- Implante coclear
- Cardiología: todas las pruebas y procedimientos
- Cirugía de articulaciones y columna vertebral
- Manejo del dolor
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas
- Terapia hiperbárica
- Estudio del sueño
- Tratamiento de la obesidad
- Cirugía y tratamiento de afirmación de género
- Todos los tratamientos en régimen de hospitalización y cuidado de la salud conductual, trastornos por consumo de sustancias y enfermedades mentales graves (hospitalización aguda, atención ambulatoria intensiva (IOP), hospitalización parcial, centro de tratamiento residencial); y
- Los siguientes tratamientos ambulatorios de cuidado de la salud conductual, trastorno por uso de sustancias y enfermedades mentales graves:



- Terapia electroconvulsiva
- Hospitalización parcial
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios

La autorización previa puede estar disponible para otros servicios. Para obtener información adicional, llama a Servicios para afiliados de Curative al [855-428-7284](tel:855-428-7284).

La atención también debe estar Autorizada previamente si tú o tu proveedor desean:

- Extender tu hospitalización más allá de los días aprobados (tú o tu proveedor deben llamar para solicitar una extensión antes de que finalice la estadía aprobada); o
- Transferirte a otro centro o desde una unidad especializada dentro del centro.

Nota: La autorización previa por necesidad médica de los servicios no garantiza el nivel de prestaciones de la red. Si tú o un proveedor fuera de la red desean confirmar si los servicios fuera de la red estarán cubiertos por este plan, llama a Servicios para afiliados de Curative al 855-428-7284 y obtén información adicional. Aunque el Administrador de reclamos lo apruebe, los proveedores fuera de la red a los que se pague el importe permitido pueden facturar el saldo de los gastos que superen este importe, salvo que la ley lo prohíba. Eres responsable de estos gastos, que pueden ser importantes.

¿Qué sucede si los servicios no están Autorizados previamente?

El Administrador de reclamaciones revisará la necesidad médica de tu tratamiento durante la revisión de tu reclamación de beneficios. Si el Administrador de reclamaciones determina que el tratamiento o servicio no es médicamente necesario, se negará la cobertura. Esto también se conoce como determinación adversa. Consulta la sección “Reclamaciones” para saber cómo presentar una reclamación y apelar una determinación adversa.

Cómo autorizar previamente

Para solicitar una autorización previa, tú y tus proveedores deben llamar al Servicio para afiliados de Curative al 855-482-7284. La llamada para solicitar la autorización previa debe realizarse entre las 6:00 a. m. y las 6:00 p. m., hora estándar central, en días laborables, y entre las 9:00 a. m. y las 12:00 p. m., hora estándar central, en días no laborables. Un coordinador de atención clínica (CCC, por sus siglas en inglés) hará un seguimiento con el consultorio de tu proveedor.

Autorización previa para hospitalizaciones

En el caso de una hospitalización electiva, la solicitud de Autorización previa debe hacerse al menos tres días naturales antes de tu ingreso, a menos que eso retrase la atención de emergencia. Si te hospitalizan como resultado de una emergencia, la Autorización previa debe realizarse dentro de los dos días hábiles posteriores al ingreso o tan pronto como sea razonablemente posible.

Cuando una hospitalización cuenta con Autorización previa, se asigna una duración de la estadía. El Plan de salud no puede limitar la duración de la estadía en un centro hospitalario a menos de las siguientes duraciones:

- Atención obstétrica
 - 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones
 - 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea



- Tratamiento para el cáncer de mama
 - 48 horas posteriores a una mastectomía
 - 24 horas posteriores a una disección de ganglio linfático

Nota: No se requiere que tu proveedor obtenga una Autorización previa por parte de Curative para prescribir una duración de estadía inferior a 48 horas después de un parto vaginal (o 96 horas después de un parto por cesárea) para la atención médica por maternidad. Si requieres una estadía más prolongada, tu proveedor puede solicitar una extensión por los días adicionales y obtener la Autorización previa del Administrador de reclamaciones.

Renovación de Autorización previa

Tu proveedor puede solicitar la renovación de una Autorización previa al menos 60 días antes de la fecha de vencimiento. Si el Administrador de reclamaciones recibe una solicitud de renovación antes de que venza la Autorización previa existente, la revisará y, si es viable, emitirá una determinación que indique si la Autorización previa se renueva antes de que venza la Autorización previa existente.

Procedimientos de autorización previa

Para obtener más información sobre los procedimientos a seguir para reclamaciones y apelaciones de Autorizaciones previas, consulta la sección “Reclamaciones” a continuación.



Reclamaciones

¿Cuáles son los procedimientos para reclamos y apelaciones?

Para recibir o solicitar prestaciones, tú o tu dependiente cubierto, o tu representante autorizado (“tú” o “solicitante” a efectos del presente apartado “Procedimientos de reclamos y apelaciones”) deben tomar las medidas apropiadas para presentar un reclamo. Los formularios necesarios para recibir o solicitar prestaciones en virtud del plan están disponibles en health.curative.com. Puedes ponerte en contacto con el Administrador de reclamos en el Departamento de Reclamos de Curative, P.O. Box 1786, Austin, TX 78767; teléfono: 855-428-7284.

El Administrador del plan o su delegado, como el Administrador de reclamaciones, tiene la autoridad y la responsabilidad de interpretar las disposiciones del Plan. El Administrador del plan o su delegado tiene la autoridad discrecional para conceder o negar los beneficios del Plan. Los beneficios del Plan solo se pagarán si el Administrador del plan o su delegado deciden a su criterio que el solicitante tiene derecho a estos. La naturaleza de esta autoridad y la discreción otorgada a estas personas se describe brevemente en la sección “Discreción del administrador del plan” del Anexo a este Folleto de Beneficios y se detalla en los documentos del plan correspondientes.

Cómo presentar una reclamación médica

En general, una solicitud de beneficios en virtud del Plan es una reclamación. Una solicitud también incluye una petición de restablecimiento de la cobertura en los casos en que la cobertura se haya rescindido retroactivamente por motivos distintos al hecho de que no hayas pagado puntualmente las cotizaciones para sufragar el costo de la cobertura. Una solicitud general de interpretación de las disposiciones del plan de beneficios no se considerará una reclamación. Las solicitudes de este tipo, como la petición de una interpretación de las disposiciones de elegibilidad, deben dirigirse al Administrador del plan.

La presentación de una receta en una farmacia no constituye una reclamación. Sin embargo, si se te exige que pagues el costo de un medicamento recetado cubierto, puedes presentar una reclamación basada en ese monto al Administrador de reclamaciones.

Tú y tu proveedor deben presentar, y el Administrador de reclamos debe recibir, todos los reclamos de prestaciones de conformidad con este plan durante los 180 días posteriores a la fecha en que recibiste el servicio, a menos que el contrato de la red establezca lo contrario o venza la fecha del pagador primario para presentar su reclamo.

Presentar una reclamación



Cuando recibas tratamiento o atención de un proveedor dentro de la red, no se te pedirá que presentes reclamaciones. El proveedor presentará directamente las reclamaciones ante el Administrador de reclamaciones en tu nombre.

Es posible que debas presentar tus propias reclamaciones cuando recibas tratamiento o atención de un proveedor no perteneciente a la red. En el momento en que se te brinden los servicios, pregunta a tu proveedor no perteneciente a la red si él presentará la reclamación.

Los pagos de prestaciones se efectuarán directamente a los proveedores dentro de la red cuando estos presenten los reclamos al Administrador de reclamos. Si el reclamo corresponde a un proveedor fuera de la red, el Administrador de reclamos puede optar por pagar a ti o a tu proveedor. Si recibes el pago del Administrador de reclamos, será tu responsabilidad pagar a tu proveedor por los servicios facturados.

Si lo permite la ley, todos los beneficios disponibles para ti que no se hayan pagado al momento de tu muerte pasarán a ser parte de tu patrimonio.

Cómo presentar una reclamación médica

Los afiliados que presenten una reclamación directamente al Administrador de reclamaciones deben presentarla a más tardar 180 días después de la fecha del servicio o, para una reclamación de autorización previa, como se describe en la sección “Autorizaciones previas”.

- Obtener el formulario de reclamos: pueden descargarse del Administrador de reclamos en nuestra página web health.curative.com. Utilice un formulario distinto para cada afiliado y proveedor. También se puede presentar un reclamo por teléfono para obtener autorización previa al Administrador de reclamos.
- Completa toda la información solicitada en el formulario de reclamación. Cualquier información faltante puede causar un retraso en el procesamiento de tu reclamación. Algunos elementos clave que deben completarse en el formulario son:
 - Nombre completo del paciente
 - Número de ID de Afiliado
 - Dirección actual
 - Diagnóstico (proporcionado por tu proveedor y puede incluirse en una factura detallada de este)
 - El procedimiento o la naturaleza del tratamiento;
 - Fecha de la lesión, enfermedad o embarazo
 - Si el paciente tiene otra cobertura de seguro médico
- Adjuntos: debes incluir una copia de la factura detallada de tu proveedor junto con tu formulario de reclamación. La factura desglosada de tu proveedor debe incluir lo siguiente:
 - Nombre y dirección del proveedor que presta los servicios
 - Fecha de servicio
 - Tipo de servicio
 - Cargos de cada servicio
 - Nombre completo del paciente
 - Diagnóstico



- Presentación de reclamaciones: el formulario de reclamaciones y las facturas detalladas deben enviarse por correo a:
Departamento de reclamaciones de Curative
P. O. Box 1786
Austin, TX 78767
Nota: Las reclamaciones que no estén en inglés deben traducirse. Si se envían sin traducción, su procesamiento puede retrasarse.
- Las reclamaciones no se considerarán presentadas a efectos de estos procedimientos hasta que se reciban en la dirección correcta.
- La presentación de reclamaciones debe realizarse en un formato aceptable para el Administrador de reclamaciones y cumplir con los requisitos legales correspondientes. El Plan no aceptará las reclamaciones que no se hayan presentado de acuerdo con los requisitos de la ley federal correspondiente respecto a la privacidad de la información médica protegida o los estándares de reclamaciones electrónicas.
- Las presentaciones de reclamaciones deben ser oportunas. Las reclamaciones deben presentarse tan pronto como sea razonablemente posible después de que se incurra en ellas. Las reclamaciones del plan deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se incurrió en la reclamación. Los beneficios del plan solo están disponibles para reclamaciones incurridas mientras tengas cobertura del Plan.
- Las presentaciones de reclamaciones deben estar completas e incluir toda la información solicitada por el Administrador de reclamaciones.

Defectos de procedimiento

Cuando se presente una reclamación al Administrador de reclamaciones para su tramitación, deberá contener toda la información requerida. Si la presentación de una reclamación previa al servicio no se realiza de acuerdo con los requisitos de procedimiento, el Administrador de reclamaciones notificará al solicitante la deficiencia de procedimiento y la forma de subsanarla dentro de los cinco (5) días (o dentro de las 24 horas, en el caso de una reclamación de atención médica urgente) siguientes al fallo. Una reclamación posterior al servicio que no se presente de acuerdo con estos procedimientos de reclamación será devuelta al remitente.

Decisiones sobre los reclamos

Después de que un reclamante presente una reclamación, el Administrador de reclamaciones se lo notificará al reclamante en un plazo razonable, de la siguiente manera:

Reclamaciones previas al servicio

Una Reclamación previa al servicio es una reclamación para un beneficio que requiere aprobación antes de obtener atención médica.

El Administrador de reclamaciones notificará al reclamante sobre una determinación favorable o adversa dentro de un plazo razonable apropiado para las circunstancias, pero no más de 15



días después de haber recibido la reclamación por parte del Plan. Sin embargo, este periodo puede prolongarse 15 días más si el Administrador de reclamaciones determina que es necesario debido a asuntos fuera del control del Plan. El Administrador de reclamaciones notificará al reclamante afectado la extensión antes de que finalice el plazo inicial de 15 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que el Administrador de reclamaciones espera tomar una decisión.

Si el motivo de la extensión se debe a que el reclamante no presentó la información necesaria para tomar una decisión respecto a la reclamación, el aviso de extensión describirá la información requerida. El reclamante tendrá por lo menos 45 días a partir de la fecha de recepción del aviso para proporcionar la información especificada.

Reclamaciones de atención médica de urgencia

Un reclamo de atención de emergencia se refiere a la atención que, si no la recibes en un plazo de tiempo limitado, podría: (a) poner en grave peligro tu vida, tu salud o tu capacidad para recuperar el máximo de tus funciones, o (b) causarte un dolor intenso que (en opinión de un médico que conozca tu estado de salud) no podría tratarse sin los servicios solicitados.

El Administrador de reclamaciones determinará si una reclamación es una reclamación de atención médica de urgencia. Esta determinación se tomará con base en la información proporcionada por o en nombre de un reclamante. Al momento de tomar esta decisión, el Administrador de reclamaciones se basará en su criterio, teniendo en cuenta el criterio de un médico que conozca el estado de salud del reclamante. En consecuencia, el Administrador de reclamaciones puede exigir que un reclamante aclare la urgencia médica y las circunstancias que respaldan la Reclamación de atención médica de urgencia para acelerar la toma de decisiones.

El Administrador de reclamos notificará al reclamante una determinación favorable o adversa tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias particulares de la situación del reclamante, pero a más tardar 72 horas después de la recepción del reclamo de atención de emergencia. Sin embargo, si se presenta un reclamo que no proporciona información suficiente para determinar si, o en qué medida, los gastos están cubiertos o pueden pagarse en virtud del Plan, el Administrador de reclamos proporcionará una notificación lo antes posible, pero no más de 24 horas después de la recepción del reclamo de atención de emergencia. La notificación describirá la información específica necesaria para completar el reclamo.

El demandante dispondrá de un plazo razonable, teniendo en cuenta sus circunstancias, para facilitar la información necesaria, pero no inferior a 48 horas. El Administrador de reclamos notificará al reclamante la determinación de un Reclamo de atención de emergencia lo antes posible, pero en ningún caso más de 48 horas después de (1) la recepción por parte del Administrador de reclamos de la información especificada o (2) la finalización del plazo concedido al reclamante para proporcionar la información adicional especificada.



Decisiones de atención médica concurrente

Un reclamo de reembolso de atención médica concurrente es un reclamo que implica un tratamiento continuo que debe proporcionarse durante un período de tiempo o una cantidad de tratamientos, que ha sido previamente aprobada por el Plan. El Administrador de reclamos notificará al reclamante una decisión de atención médica concurrente que implique una reducción o finalización de las prestaciones que hayan sido autorizadas previamente. El Administrador de reclamos proporcionará la notificación con suficiente antelación a la reducción o extinción para permitir que el reclamante recurra y obtenga una determinación sobre la revisión de la determinación adversa antes de que se reduzca o finalice la prestación.

Una solicitud de un reclamante para prolongar un plan de tratamiento más allá del periodo de tiempo o el número de tratamientos en una circunstancia no urgente se considerará una nueva reclamación y se decidirá de acuerdo con los plazos de una Reclamación posterior o previa al servicio, lo que corresponda. Teniendo en cuenta las exigencias médicas o dentales, el Administrador de reclamaciones decidirá lo antes posible sobre una solicitud de prolongación de tratamiento que implique Atención médica de urgencia. El Administrador de reclamaciones notificará al reclamante la determinación del beneficio en las 24 horas siguientes a la recepción de la reclamación, siempre que esta se presente al Administrador de reclamaciones al menos 24 horas antes de que venza el periodo de tiempo o el número de tratamientos prescritos.

Reclamaciones posteriores al servicio

Un reclamo posterior al servicio es un reclamo (que no es un reclamo de anterior al servicio, atención de urgencia o atención concurrente) para el pago de beneficios después de que se hayan prestado los servicios.

El Administrador de reclamaciones notificará al reclamante de una Determinación favorable o adversa dentro de un tiempo razonable, pero a más tardar 30 días después de recibir la reclamación. Sin embargo, este periodo puede prolongarse 15 días más si el Administrador de reclamaciones determina que es necesario debido a asuntos fuera del control del Plan. El Administrador de reclamaciones notificará al demandante afectado la extensión antes de que finalice el plazo inicial de 30 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que se tomará una decisión.

Si el motivo de la extensión se debe a que el reclamante no presentó la información necesaria para tomar una decisión respecto a la reclamación, el aviso de extensión describirá la información requerida. El reclamante tendrá por lo menos 45 días a partir de la fecha de recepción del aviso para proporcionar la información especificada. El Administrador de reclamaciones tomará una decisión no más de 15 días después de la fecha en que reciba la información proporcionada por el reclamante o la fecha de vencimiento permitida para el envío de la información adicional.

Plazos para determinar una decisión



Los plazos de decisión sobre los reclamos de reembolso indicados anteriormente comienzan a contar a partir de la recepción del reclamo por parte del Plan, de conformidad con el presente procedimiento de reclamo del reembolso. Sin embargo, los plazos descritos anteriormente para que el Administrador de reclamos decida sobre el reclamo o el recurso no correrán mientras esté esperando a que el reclamante proporcione la información que ha solicitado.

Avisos de determinación adversa

Determinación adversa: una decisión sobre un reclamo es una “denegación” o “adversidad” si es (a) una denegación, reducción o finalización de; o (b) un incumplimiento en el pago o la prestación total o parcial de un beneficio del Plan. La rescisión de la cobertura se considera una decisión adversa sobre una prestación (independientemente de que la rescisión tenga o no un efecto adverso sobre una prestación concreta en ese momento). Una rescisión es una cancelación retroactiva de la cobertura, salvo en caso de no pagar las primas o de cualquier otra forma permitida por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) y las pautas aplicables.

La notificación de una determinación adversa (incluida una denegación parcial) se proporcionará a los reclamantes en un resumen de la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) preparado y enviado a través del portal para miembros de Curative, dentro de los plazos indicados anteriormente. Sin embargo, los avisos de determinaciones adversas que relacionadas con reclamos de atención de emergencia pueden proporcionarse a un reclamante verbalmente dentro de los plazos indicados anteriormente para las decisiones aceleradas sobre dichos reclamos. Si se notifica verbalmente, se enviará una notificación por escrito al reclamante en un plazo máximo de 3 días a partir de la notificación verbal. Si dispones de información adicional que consideras que podría cambiar la decisión, envíala al administrador de reclamos de Curative y solicita una revisión de la decisión tal y como se indica en los procedimientos de apelación de los reclamos.

Un aviso de Determinación adversa de una reclamación indicará:

- El motivo o motivos específicos de la Determinación adversa;
- Las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que el reclamante mejore la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;
- Los procedimientos de revisión interna y externa del Plan, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación o revisión externa de una determinación adversa de beneficios y los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Una declaración del derecho del reclamante a llevar a cabo una acción civil en virtud de la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión;



- Si la Determinación adversa se basó en una norma, directriz, protocolo interno u otro criterio similar, una copia de esa norma, directriz, exclusión, protocolo o criterio similar o una declaración de que el reclamante puede recibir una copia gratuita previa solicitud;
- Si la Determinación adversa se basa en una necesidad médica, en un tratamiento experimental o de investigación, o en una exclusión o límite similar, se proporcionará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud;
- Si la Determinación adversa está relacionada con una Reclamación de atención médica de urgencia, el aviso proporcionará una descripción de los procedimientos de revisión acelerada aplicables a dichas reclamaciones; y
- Las determinaciones adversas en virtud del Plan también incluirán:
 - Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, lo que incluye, en la medida de lo posible, la fecha del servicio, el proveedor, el monto de la reclamación (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente;
 - El código de negación y su significado correspondiente, y una descripción de la norma, si la hay, que se utilizó para negar la reclamación;
 - Información de contacto de cualquier organismo pertinente de atención al consumidor de seguros de salud o defensor establecido por el Departamento del Trabajo para brindar asistencia a las personas respecto a las reclamaciones y apelaciones internas y los procedimientos de revisión externa; y
 - Cualquier otra información que el Administrador de reclamaciones determine que exija la Ley de Atención Médica Asequible u otra ley aplicable.

Apelación de determinaciones adversas

Tienes derecho a apelar cualquier Determinación adversa a una reclamación y a recibir una revisión justa.

La apelación de una determinación adversa (clínica o no clínica) puede ser presentada por ti o por una persona autorizada a actuar en tu nombre. Debes apelar una determinación adversa dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito (o denegación parcial). El reclamante puede presentar un recurso por escrito al Administrador de reclamos, en persona o por correo con franqueo pagado. Sin embargo, un reclamante en apelación puede solicitar una apelación acelerada de una decisión adversa sobre el reclamo de atención de emergencia verbalmente o por escrito. En tal caso, toda la información necesaria, incluida la determinación de la prestación en revisión, se transmitirá por teléfono, fax u otro método igualmente rápido disponible, en la medida en que lo permita la legislación aplicable.



El reclamante puede examinar gratuitamente los documentos pertinentes y presentar sus cuestiones y observaciones por escrito. Además, un reclamante en apelación puede, previa solicitud, descubrir la identidad de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación adversa que se está apelando, según lo permita la legislación aplicable.

Las apelaciones de las reclamaciones negadas se llevarán a cabo de manera oportuna, no se remitirán a la determinación inicial y no las realizará la persona que tomó la determinación adversa inicial de la reclamación ni un subordinado de esa persona. La determinación tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información presentada por el reclamante en relación con la reclamación. Las personas del Administrador de reclamaciones que tomen una decisión sobre la apelación no considerarán la decisión inicial de negar la reclamación.

Si la Determinación adversa recurrida se basó, en todo o en parte, en un dictamen médico, además de lo anterior, el Administrador de reclamaciones:

- Consultará a un profesional de atención médica adecuado y designado que tenga la formación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina implicado en el juicio médico y que no sea la misma persona (o un subordinado de la persona) que se consultó en la revisión de la reclamación inicial o en la decisión de la apelación de primer nivel; y
- Cuando lo solicite el reclamante, identificar a los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Administrador de reclamos en relación con una determinación adversa de prestaciones o una decisión de apelación, independientemente de si el asesoramiento se utilizó para tomar la determinación de prestaciones.

El Administrador de reclamaciones notificará al reclamante sobre: (i) cualquier evidencia nueva o adicional que se haya tomado en consideración, en la que se haya basado o que se haya generado en relación con la apelación, y (ii) cualquier justificación nueva o adicional para negar la reclamación en apelación. El Administrador de reclamaciones proporcionará el aviso con suficiente antelación a la emisión del aviso de su decisión sobre la apelación para darle al reclamante la oportunidad de responder.

Plazo para determinar la decisión de una apelación

Las apelaciones de las determinaciones adversas de los reclamos se decidirán y notificarán de la siguiente manera:

Reclamos de atención de emergencia. Lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de que el Administrador de reclamos haya recibido la solicitud de apelación (si se realiza una notificación verbal, le seguirá una notificación por escrito en formato impreso o electrónico en los tres días siguientes).



Reclamos previos al servicio. En un plazo razonable, pero a más tardar 30 días después de que el Administrador de reclamos haya recibido la solicitud de apelación.

Reclamos posteriores al servicio. En un plazo razonable, pero no superior a 60 días después de que el Administrador de reclamos haya recibido la solicitud de apelación.

Decisiones de atención médica concurrente. En los plazos indicados anteriormente, en función del tipo de reclamo de que se trate.

Aviso de determinación adversa sobre la apelación

El Aviso de una Determinación adversa sobre una apelación se proporcionará a los reclamantes por correo, con franqueo pagado, fax o correo electrónico, según corresponda, dentro de los plazos indicados anteriormente.

El aviso de que se ha negado la apelación incluirá:

- La razón o razones específicas de la determinación adversa y las disposiciones específicas del Plan en las que se fundamenta la determinación.
- Si la Determinación adversa sobre una apelación se basó en una norma, directriz, protocolo interno u otro criterio similar, una copia de esa norma, directriz, protocolo u otro criterio o una declaración de que el reclamante puede recibir una copia gratuita previa solicitud.
- Si la Determinación adversa sobre la apelación se basa en una necesidad médica o dental, en un tratamiento experimental o de investigación, o en una exclusión o límite similar, en el aviso se proporcionará una explicación del criterio científico o clínico de la declaración a la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud.
- Una declaración de que el reclamante que presenta la apelación tiene derecho de obtener, previa solicitud y sin costo alguno, acceso razonable a cualquier documento, registro u otra información relevante para su apelación o a copias de estos.
- En su caso, una declaración del derecho del reclamante a interponer una acción civil en virtud del artículo 502 (a) de la Ley de Seguridad de Ingresos para el Empleado Retirado (ERISA, por sus siglas en inglés) tras el agotamiento de la apelación definitiva;

El aviso de Determinación adversa sobre la apelación también incluirá:

- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, incluyendo, en la medida de lo posible, la fecha del servicio, el proveedor, el monto de la reclamación (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente.
- El código de denegación y su significado correspondiente (de haberlo), y una descripción de la norma, en su caso, que se utilizó para denegar la apelación y un análisis de la decisión.
- Una descripción del proceso de revisión externa después agotar la apelación final, incluida la información sobre cómo iniciar la revisión externa de una Determinación adversa sobre la apelación.
- Información de contacto de cualquier organismo pertinente de atención al consumidor u ombudsman de seguros de salud establecido por el Departamento del Trabajo para



brindar asistencia a las personas respecto de las reclamaciones y apelaciones internas y los procedimientos de revisión externa.

- Cualquier otra información que el Administrador de reclamaciones determine requerida por la Ley de atención médica asequible (ACA, por sus siglas en inglés) u otra ley aplicable.

Agotamiento

Al concluir todo el proceso de apelación, el reclamante habrá agotado sus recursos administrativos conforme al Plan. Si el Administrador de reclamaciones no finaliza la determinación de una reclamación o apelación dentro de los plazos señalados anteriormente, el reclamante podrá tratar la reclamación o apelación como denegada, y podrá comunicarse con el Administrador de reclamaciones para solicitar confirmación de que la reclamación fue denegada, pasar al siguiente nivel en el proceso de revisión o (en su caso) interponer una demanda en virtud de la Sección 502 (a) de la ley ERISA.

Asignaciones y representantes autorizados

No puedes ceder tu derecho a recibir prestaciones pagaderas en virtud del Plan a ninguna persona, sociedad u otra organización, incluido un médico o proveedor. Cualquier intento de cesión que realices será nulo y no será reconocido por el Plan. El Plan no es responsable ante ningún proveedor ante el que tú puedas ser responsable por la prestación de atención médica, tratamiento, servicios o suministros por parte de un proveedor. El pago de los servicios cubiertos por el Plan a un proveedor no supone el reconocimiento por parte del Plan de un deber u obligación de pago a dicho proveedor, ni la renuncia a la prohibición de cesión de prestaciones del Plan.

Si así lo indicas, o por conveniencia del Administrador de reclamaciones, el pago por los servicios cubiertos en virtud del Plan prestados por un proveedor puede hacerse directamente al proveedor, pero el Administrador de reclamaciones se reserva el derecho de pagarte a ti o al proveedor. Tu indicación para pagar los beneficios pagaderos directamente a un proveedor no es una asignación al proveedor de ningún derecho en virtud del Plan o de ningún derecho legal o equitativo para instituir cualquier procedimiento judicial.

Puedes designar a un representante autorizado para que actúe en tu nombre en la tramitación de una apelación o reclamo de prestaciones. La designación debe constar explícitamente por escrito y debe autorizar la divulgación de información de salud identificable individualmente con respecto al reclamo al Plan, al Administrador de reclamos y al representante autorizado, y la designación debe autorizar al Plan, al Administrador de reclamos y al representante autorizado a divulgar entre sí información de salud identificable individualmente. Si un documento no es suficiente para constituir la designación de un representante autorizado, según lo determine el Administrador de reclamos, el Plan no considerará que se ha realizado una designación.

- Cualquier documento que designe a un representante autorizado debe enviarse al Administrador de reclamaciones por adelantado o en el momento en que un representante autorizado inicie una acción en tu nombre. Al mismo tiempo, el representante autorizado también deberá notificarte el inicio de la acción en tu nombre, que el Administrador de reclamaciones podrá verificar contigo antes de reconocer la condición de representante autorizado.



- En cualquier caso, un proveedor con conocimiento de tu estado médico que actúe en relación con una Reclamación de atención médica de urgencia será reconocido por el Plan como tu representante autorizado.
- Debes considerar detenidamente si deseas designar a un representante autorizado. Un representante autorizado puede tomar decisiones independientemente de ti, como por ejemplo si debe recurrir una resolución adversa y cómo hacerlo.

Para obtener un formulario de autorización, tú o tu representante pueden comunicarse con Servicios para afiliados de Curative al 855-428-7284 o enviar un correo electrónico a medicalmanagementteam@Curative.com.

Apelación voluntaria para una revisión externa

Si se rechaza una reclamación aun después de que el reclamante ha seguido los procedimientos de apelación del Administrador de reclamaciones, el reclamante puede tener la opción de presentar una apelación voluntaria para una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente. Esto procede si la determinación adversa se basa en una determinación que involucra (i) criterio médico, como que el servicio o tratamiento no sea médicamente necesario o sea un servicio experimental o de investigación, (ii) una rescisión de la cobertura (es decir, una cancelación retroactiva de cancelación por motivos diferentes a la falta de pago oportuno por parte del reclamante de los costos de cobertura), o (iii) una determinación de que las protecciones de facturación médica sorpresa no se aplican.

Cómo funciona la apelación voluntaria para una revisión

El proceso de revisión externa ofrece al reclamante la oportunidad de que revisores médicos independientes revisen determinadas Determinaciones adversas. En el marco de una revisión externa voluntaria:

- El Administrador de reclamaciones envía la reclamación a una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) con la que tiene contratados este tipo de servicios;
- Posteriormente, la IRO remite el caso a un profesional médico con la experiencia adecuada en el área en cuestión que ha seleccionado;
- Una vez que se haya presentado toda la información necesaria, las decisiones sobre las solicitudes de revisión externa generalmente se tomarán en un plazo de 45 días posteriores a la solicitud. Las revisiones aceleradas son posibles cuando el proveedor del reclamante certifica que un retraso en el servicio pondría en peligro la salud, la vida o la capacidad del reclamante de recuperar su máxima función o en los casos en que la Determinación adversa definitiva tenga que ver con una admisión, la disponibilidad de atención, una estancia continua o un artículo o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta del centro de atención; y
- La decisión del revisor externo independiente experto es vinculante para el Administrador de reclamaciones y el Plan. Al reclamante no se le cobrarán los honorarios profesionales de la revisión.

Cómo solicitar una revisión externa



Generalmente, el reclamante debe completar la apelación interna estándar descrita anteriormente antes de solicitar una revisión externa. El reclamante debe solicitar una revisión externa al Administrador de reclamaciones en el plazo de cuatro (4) meses tras la recepción del aviso de Determinación adversa definitiva según el proceso de apelación estándar. Si no hay ninguna fecha que corresponda a los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de recepción de dicho aviso, la solicitud deberá presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción del aviso. Por ejemplo, si la fecha de recepción del aviso es el 30 de octubre porque no existe el 30 de febrero, la solicitud debe presentarse antes del 1 de marzo. Si la última fecha de presentación cae en un fin de semana o feriado federal, la última fecha de presentación se extiende al día siguiente que no sea sábado, domingo o feriado federal.

Sujeto a los procedimientos de verificación, el representante autorizado del reclamante puede actuar en nombre del reclamante para presentar y proseguir con esta revisión. Si se presenta una apelación voluntaria para una revisión externa, cualquier prescripción u otros plazos aplicables se “interrumpirán” (detendrán) mientras esté pendiente la apelación. El hecho de que un reclamante solicite o no una revisión externa no afectará su derecho de obtener otros beneficios en virtud del Plan o información sobre los reglamentos aplicables.

Dado que una revisión externa es voluntaria, no es necesario que el reclamante emprenda una apelación externa antes de iniciar una acción legal. A solicitud, el reclamante recibirá información adicional sobre el proceso para seleccionar al responsable de la toma de decisiones, así como las circunstancias, si las hubiera, que pudieran afectar la imparcialidad del responsable de la toma de decisiones.

Si no se solicita una revisión externa, el Plan no aseverará que el reclamante no agotó los recursos administrativos debido a dicha elección.



Subrogación, Reembolso y recuperación de terceros

Subrogación

Si el Plan de salud paga y brinda beneficios para ti y tus dependientes, el plan adquiere todos los derechos de recuperación que tú y tu dependiente tengan en virtud de un contrato, agravio u otro instrumento contra cualquier persona, organización o aseguradora por la cantidad de beneficios que el plan haya pagado o proporcionado. Eso significa que el plan puede usar tus derechos para recuperar dinero a través de un juicio, acuerdo o de otro modo, de cualquier persona, organización o aseguradora. Para los efectos de esta disposición, se entiende por subrogación la sustitución de una persona o entidad (el Plan de salud) en lugar de otra (tú y tus dependientes) con respecto a un reclamo, demanda o derecho lícitos, para que quien sea sustituido suceda al derecho del otro en relación con la deuda o reclamación, y sus derechos y recursos.

Derecho de reembolso

En las jurisdicciones en las que no se reconozcan los derechos de subrogación, o en las que los derechos de subrogación deban estar precedidos por circunstancias reales, el Plan de salud tendrá derecho de reembolso. Si tú y tu dependiente recuperan dinero de cualquier persona, organización o aseguradora por cualquier lesión o afección por la que el Plan de salud pagó beneficios, tú o tu dependiente aceptan reembolsar al Plan de salud con el dinero recuperado por el monto de los beneficios pagados o proporcionados por el plan. Esto significa que tú o tu dependiente pagarán al Plan de salud el monto de dinero recuperado por ti a través de juicio, acuerdo u otro del tercero o de su aseguradora, así como de cualquier persona, organización o aseguradora, hasta el monto de los beneficios pagados o provistos por el Plan de salud.

Derecho de recuperación mediante subrogación o reembolso

Tú y tu dependiente acuerdan proporcionar de inmediato al Plan de salud toda la información que tengan sobre tus derechos de recuperación de cualquier persona, organización o aseguradora y ayudar y cooperar plenamente con el Plan de salud para proteger y obtener tus derechos de reembolso y subrogación. Tú, tu dependiente y abogado notificarán el plan antes de resolver cualquier reclamación o conjunto de reclamaciones para permitir que el Plan de salud haga valer nuestros derechos participando en la liquidación de la reclamación o el conjunto de reclamaciones. Tú y tu dependiente acuerdan además no permitir que los derechos de reembolso y subrogación del Plan de salud se limiten o perjudiquen por ningún acto o falta de actuación de tu parte.



COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La disposición de Coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica en virtud de más de un plan. El plan se define a continuación.

Las reglas del orden de determinación de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará una reclamación de beneficios. El plan que paga primero se denomina plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan cubra algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes sean equivalentes al 100% del total del gasto permitido.

DEFINICIONES

- (a) Un “plan” es cualquiera de las siguientes inversiones que brinda beneficios o servicios para recibir atención médica o dental. Si se utilizan contratos distintos para proporcionar cobertura coordinada a los afiliados de un grupo, dichos contratos se consideran partes del mismo plan y no hay Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) entre ellos.
- (1) El plan incluye: las pólizas de seguro de accidentes y de salud de tipo colectivo, general o de franquicia, excluyendo la cobertura de protección de ingresos por incapacidad; los comprobantes de cobertura individual y colectiva de las organizaciones de cuidado de la salud; las pólizas de seguro de accidentes y de salud individuales; los planes de beneficios individuales y colectivos del proveedor de preferencia y los planes de beneficios exclusivos del proveedor; los contratos de seguro colectivo, los contratos de seguro individual y los contratos de suscriptores que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; los componentes de atención médica de los contratos individuales y colectivos de atención a largo plazo; la cobertura de beneficios limitados que no se emiten como complemento de las pólizas individuales o colectivas en vigor; los acuerdos no asegurados de las coberturas colectivas o de tipo colectivo; las coberturas de beneficios médicos de los contratos de seguros de automóviles; y Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
- (2) El plan no incluye: la cobertura de protección de ingresos por incapacidad; el programa Texas Health Insurance Pool; la cobertura de seguro de compensación de trabajadores; la cobertura de indemnización por hospitalización u otra cobertura de indemnización fija; la cobertura de enfermedades especificadas; la cobertura de beneficios suplementarios; la cobertura de accidentes únicamente; la cobertura de accidentes especificados; las coberturas de tipo accidente escolar que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluidas lesiones deportivas, ya sea en una base de “24 horas” o de “ida y vuelta a la escuela”; los beneficios previstos en los contratos de seguro de cuidados de larga duración para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios de ama de casa, asistencia para las actividades de la vida diaria, cuidados de relevo de cuidador y cuidados de custodia, o para los contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas



complementarias de Medicare; un plan estatal en el marco de Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, ofrece beneficios por encima de los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro individual de accidentes y salud que está diseñada para integrarse totalmente con otras pólizas mediante un deducible variable.

Cada contrato de cobertura en virtud de los incisos (a)(1) o (a)(2) es un plan por separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de ellas, cada una de las partes se trata como un plan por separado.

- (b) “Este plan” significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que brinda los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que pueden reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a determinados beneficios, tales como beneficios dentales, coordinándose solo con beneficios similares, y puede aplicar otras disposiciones distintas de COB para coordinar otros beneficios.

Las reglas del orden de determinación de beneficios definen si este plan es primario o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica en virtud de más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan equivalgan al 100 % del total del gasto permitido.

- (c) “Gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluidos deducibles, coseguro y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un médico o proveedor de atención médica por ley o de conformidad con un acuerdo contractual tenga prohibido cobrar a una persona cubierta no es un gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos no permitidos:

- (1) La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes brinde cobertura para los gastos de habitación de hospital privada.
- (2) Si una persona tiene cobertura de dos o más planes que no tienen tarifas negociadas y calcula los pagos de sus beneficios con base en las tarifas usuales y acostumbradas, los montos permitidos, la metodología de reembolso según la lista de valores relativos u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.



- (3) Si una persona tiene cobertura de dos o más planes que brindan beneficios o servicios según las tarifas negociadas, un monto que supere el máximo de las tarifas negociadas no es un gasto permitido.
 - (4) Si una persona tiene cobertura de un plan que no tiene tarifas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios según las tarifas usuales y acostumbradas, los montos permitidos, la metodología de reembolso según la lista de valores relativos u otra metodología de reembolso similar, así como otro plan que brinda sus beneficios o servicios según las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el médico o proveedor de atención médica se comprometió con el plan secundario para brindar el beneficio o servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago diferente al acordado en el plan primario y si el contrato del médico o del proveedor de atención médica lo permite, la tarifa negociada o el pago deben ser el gasto permitido utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
 - (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario porque una persona que tiene cobertura no cumple con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Entre los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan podemos mencionar: segundas opiniones quirúrgicas, autorización previa de admisiones y arreglos con médicos y proveedores de atención médica de preferencia.
- (d) “Monto permitido” es el monto de un cargo facturado que una aseguradora determina que está cubierto por los servicios prestados por un médico o proveedor de atención médica no preferido. El monto permitido incluye tanto el pago de la aseguradora como los montos aplicables de deducible, copago o coseguro del cual el asegurado sea responsable.
- (e) “Plan de panel cerrado” es un plan que brinda beneficios de atención médica a personas con cobertura principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores de atención médica y médicos comprometidos o empleados con el plan, y que excluye la cobertura de los servicios prestados por otros médicos o proveedores de atención médica, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un afiliado del panel.
- (f) “Progenitor custodio” es el progenitor con el derecho de designar la residencia principal de un menor otorgado en una orden judicial en virtud del Código Familiar de Texas u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el progenitor con quien el menor reside más de la mitad del año calendario, excluyendo las visitas temporales.

REGLAS DEL ORDEN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando una persona tiene cobertura de dos o más planes, las reglas para determinar el orden del pago de beneficios son las siguientes:

- (a) El plan primario paga o brinda sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de ningún otro plan.



- (b) Salvo lo establecido en el inciso (c), un plan que no contenga una disposición de COB que sea congruente con estas reglas siempre es primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que cumple con los requisitos es el primario.
- (c) La cobertura que se obtiene en virtud de la pertenencia a un grupo diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establece que esta cobertura complementaria debe ser adicional a cualesquier otras partes del plan provistas por el titular del contrato. Entre los ejemplos de este tipo de situaciones podemos mencionar: las coberturas de gastos médicos mayores que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas tipo seguro que se establecen en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan puede considerar los beneficios pagados o provistos por otro plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro plan.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o brindar beneficios como si fuera el plan primario cuando una persona con cobertura utiliza un médico o proveedor de atención médica no contratado, excepto en el caso de servicios de emergencia o remisiones autorizadas que son pagadas o provistas por el plan primario.
- (f) Cuando varios contratos que brindan cobertura coordinada se tratan como un único plan en virtud de este subcapítulo, esta sección se aplica solo al plan en conjunto, y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios en virtud del plan, la aseguradora designada como principal dentro del plan debe encargarse de que el plan cumpla con lo dispuesto en este subcapítulo.
- (g) Si una persona tiene cobertura de más de un plan secundario, las reglas del orden de determinación de beneficios de este subcapítulo establecen el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios que actúan conjuntamente. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del plan o los planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, según las reglas de este contrato, determine sus beneficios antes que los de ese plan secundario.
- (h) Cada plan determina el orden de sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplican.
 - (1) No dependiente o dependiente. El plan que cubre a una persona no como dependiente, por ejemplo, como empleado, afiliado asegurado, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre a una persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona cuenta con Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que



cubre a la persona como dependiente y primario al plan que cubre a la persona como

no dependiente, el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, asegurado, suscriptor o jubilado sea el plan secundario y el otro plan sea el plan primario. Como ejemplo, podemos mencionar a un empleado jubilado.

- (2) Menor dependiente con cobertura de más de un plan. Salvo que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubran a un menor dependiente deben determinar el orden de beneficios utilizando las siguientes reglas aplicables.

En el caso de un menor dependiente cuyos progenitores están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:

- (i) el plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año calendario es el plan primario; o
- (ii) si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan primario será el del progenitor que lleve más tiempo con la cobertura.

(B) En el caso de un menor dependiente cuyos progenitores estén divorciados, separados o no vivan juntos, ya sea que se hayan casado o no:

- (i) si una orden judicial establece que uno de los progenitores es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del menor dependiente y en el plan de ese progenitor se conocen esos términos, ese plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que se recibe notificación de la orden judicial.
- (ii) si una orden judicial establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del menor dependiente, lo dispuesto en (h)(2)(A) deberá determinar el orden de los beneficios.
- (iii) si una orden judicial establece que los progenitores tienen custodia conjunta sin especificar que un progenitor debe asumir la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del menor dependiente, lo dispuesto en (h)(2)(A) deberá determinar el orden de los beneficios.
- (iv) si no existe una orden judicial que asigne responsabilidad por los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del menor dependiente, el orden de beneficios para el menor es el siguiente:
 - (I) el plan que cubre al progenitor custodio;
 - (II) el plan que cubre al cónyuge del progenitor custodio;
 - (III) el plan que cubre al progenitor no custodio; luego
 - (IV) el plan que cubre al cónyuge del progenitor no custodio.



- (C) En el caso de un menor dependiente con cobertura de más de un plan de personas que no son sus progenitores, lo dispuesto en (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deberá determinar el orden de los beneficios como si esas personas fueran sus progenitoras.
 - (D) En el caso de un menor dependiente con cobertura en virtud del/de los plan(es) de ambos o de cualquiera de sus progenitores y que se encuentre cubierto como dependiente en virtud del plan de uno de los cónyuges, se aplica lo dispuesto en (h)(5).
 - (E) En caso de que la cobertura del menor dependiente en virtud del plan de uno de los cónyuges comenzara en la misma fecha que la cobertura del menor dependiente en virtud de uno o ambos plan(es) del/de los progenitor(es), el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla del cumpleaños establecida en (h)(2)(A) al/a los progenitor(es) del menor dependiente y al cónyuge del dependiente.
- (3) Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como un empleado jubilado o despedido o como dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta regla y, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si lo dispuesto en (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (4) COBRA o cobertura de continuación estatal. Si una persona cuya cobertura se brinda conforme a COBRA o en virtud de un derecho de continuidad provisto por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona comodependiente de un empleado, afiliado, suscriptor o jubilado es el plan primario, y la continuidad de la cobertura conforme a COBRA o a disposiciones estatales o federales es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si lo dispuesto en (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (5) Cobertura de mayor o menor duración. El plan que ha cubierto a la persona como empleado, afiliado, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan principal, y el plan que ha cubierto a la persona el período más corto es el plan secundario.
- (6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben compartirse de manera equitativa entre los planes que cumplen con la definición del plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.



EFFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

- (a) Cuando este plan es secundario, es posible que reduzca sus beneficios para que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no supere el total de los gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará ese monto calculado a cualquier gasto permitido en virtud de su plan que no sea pagado por el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir su pago por el monto en cuestión para que, cuando se combine con el monto pagado por el plan primario, el total de los beneficios pagados o provistos por todos los planes para la reclamación sean equivalentes al 100 % del total del gasto permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible los montos que habría acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.
- (b) Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y, por cualquier motivo, incluida la prestación de servicios por parte de un proveedor fuera de la red, los beneficios no deberán ser pagados por un plan de panel cerrado, la COB no debe aplicarse entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

BENEFICIOS PARA PERSONAS CON DERECHO A MEDICARE

Si tú o uno de tus dependientes tienen derecho a los beneficios de Medicare, se aplicarán las siguientes normas:

- (a) El Plan de salud es el pagador principal (es decir, tus solicitudes van primero al Plan) si se presenta alguna de las siguientes circunstancias:
 - (1) Estás trabajando o estás inscrito actualmente como dependiente de un trabajador en activo, y tú o tu dependiente tienen derecho por primera vez a los beneficios de Medicare por edad o discapacidad, o
 - (2) tú o tu dependiente tienen derecho por primera vez a los beneficios de Medicare porque tú o tu dependiente padecen una enfermedad renal terminal. En este caso, el Plan de salud es el pagador principal durante los primeros 30 meses de derecho a Medicare por enfermedad renal terminal. Al final del periodo de 30 meses, Medicare pasará a ser el pagador principal. Esta norma se aplica independientemente de que trabajes o no para el Empleador.
- (b) El Plan de salud paga de forma secundaria y Medicare es el pagador principal si tú o tu dependiente están cubiertos por Medicare, tú o tu dependiente no padecen una enfermedad renal en fase terminal y no trabajas actualmente para el Empleador (por ejemplo, si estás amparado por la cobertura COBRA, la cobertura para jubilados o la cobertura posterior al sexto mes en que recibes beneficios por incapacidad).
- (c) Si tú o tu dependiente tienen más de 65 años y el Plan de salud fuera el pagador principal porque sigues trabajando, tú o tu dependiente también pueden inscribirse en Medicare y rechazar la cobertura del Plan de salud. Si estás trabajando y tú o tu dependiente siguen recibiendo cobertura del Plan de salud y deciden también inscribirse



en Medicare, el Plan de salud pagará el principal y Medicare, el secundario. Si trabajas y optas por Medicare, el Plan de salud no puede, por ley, pagar beneficios secundarios a Medicare, salvo en el caso de determinadas personas con enfermedad renal terminal.

BENEFICIOS PARA DISCAPACITADOS

Si dejas de trabajar debido a una discapacidad, o si te jubilas antes de los 65 años y posteriormente quedas discapacitado según la definición del Seguro Social, deberás inscribirte en las Partes A y B de Medicare. La Parte A de Medicare proporciona beneficios de hospitalización, y la Parte B de Medicare proporciona beneficios médicos ambulatorios, como las consultas médicas. Medicare es el pagador principal del plan para la mayoría de las personas discapacitadas.

Según la norma de coordinación de beneficios para las personas que tienen derecho a Medicare por discapacidad, Medicare es el pagador principal; en otras palabras, tus solicitudes se dirigen primero a Medicare. Si Medicare paga menos que el beneficio actual permitido por el Plan, el Plan de salud pagará la diferencia, hasta el máximo de los beneficios actuales permitidos. Además, si Medicare deniega el pago de un servicio que el Plan considera admisible, el Plan pagará hasta el monto de su beneficio normal después de que cumplas el deducible del año del Plan si lo hubiera.

Cuando Medicare sea el pagador principal, el Plan no pagará ningún beneficio elegible de Medicare que no se pague porque no te inscribiste, no cumpliste los requisitos o no presentaste las solicitudes de cobertura de Medicare. Esta misma norma se aplica si tu médico u hospital no presenta facturas a Medicare en tu nombre. Ponte en contacto con la oficina local del Seguro Social para obtener más información sobre los beneficios de Medicare.

CUMPLIMIENTO CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES RELATIVAS A LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Es necesario contar con determinados datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB, así como para determinar los beneficios pagaderos de conformidad con este y otros planes. El Plan de salud cumplirá con las leyes federales y estatales con respecto a la información confidencial con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Toda persona que reclame beneficios conforme al Plan de salud debe proporcionar al Plan de salud los datos necesarios para aplicar esas reglas y determinar los beneficios.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir un monto que debió haberse pagado en virtud del Plan de salud. Si es el caso, el Plan de salud puede pagar ese monto a la organización que realizó ese pago. Ese monto se tratará como si fuera un beneficio pagado conforme al Plan de salud. El Plan de salud no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso el



“pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si el monto de los pagos realizados por el Plan de salud es mayor que el que debió pagarse en virtud de esta disposición de COB, podrá recuperar el excedente de una o varias de las personas a las que haya pagado o por las que haya pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios prestados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.



Disposiciones del plan

ELEGIBILIDAD

La fecha de elegibilidad es la fecha en que una persona obtiene el derecho de estar cubierta por el Plan. A una persona se le otorga el derecho a estar cubierta cuando se convierte en empleado o dependiente y pertenece a una clase elegible en virtud del Plan.

La fecha de elegibilidad será determinada por el Plan de acuerdo con los procedimientos de elegibilidad establecidos por el empleador.

Elegibilidad de los empleados

Si reúnes los requisitos para participar en el Programa de beneficios de tu Empleador, tal y como se describe en el Anexo a este Folleto de beneficios, tienes derecho a los beneficios descritos en este Folleto de beneficios.

A los efectos de este Plan, el término Empleado elegible también incluirá a aquellas personas que ya no son empleados del Empleador, pero que están amparadas por la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA). Puedes inscribirte para tu propia cobertura (o tu cobertura y la de tus dependientes) antes de la fecha de elegibilidad para tu beneficio, dentro de los 31 días posteriores a la fecha de elegibilidad o durante el período de inscripción anual.

Elegibilidad de los dependientes

Si eres elegible para obtener cobertura, puedes incluir a tus dependientes. Si tú o tu cónyuge o pareja doméstica son empleados elegibles para el Plan de salud de su Empleador, sus hijos pueden obtener cobertura como dependientes de cualquiera de ustedes, pero no de ambos. Además, un cónyuge o pareja doméstica que es elegible para el Plan de salud de su Empleador no puede obtener cobertura como dependiente.

El Plan de salud define a los dependientes como:

- Tu cónyuge o pareja doméstica;
- Tus hijos menores de 26 años independientemente de su estado civil, incluidos los siguientes:
 - hijos biológicos;
 - hijastros e hijos adoptados;
 - nietos que reconoces como dependientes en tu declaración de impuestos federales;
 - menores de los que se te nombre tutor legal o que estén sujetos a una orden de atención médica que requiera dicha cobertura; y
 - determinados hijos mayores de 26 años a quien se les considera incapacitados por razones médicas y no pueden brindar su propio apoyo.

CAMBIOS POR EVENTOS DE VIDA



Dispones de 31 días a partir de la fecha de un evento de vida que califica para notificar a tu empleador y modificar las elecciones de tu Plan. Si no realizas los cambios durante el período de cambio de situación de 31 días, estos no podrán realizarse hasta el período de Inscripción anual para que tu Plan entre en vigencia en la fecha de entrada en vigor del siguiente Año del plan.

Entre los eventos de vida calificados, podemos mencionar:

- Matrimonio, divorcio, anulación, separación legal o muerte de un cónyuge/pareja doméstica;
- Nacimiento, adopción, orden de manutención médica o fallecimiento de la persona dependiente;
- Cambio significativo de residencia si este afecta tu elegibilidad para el plan con el que cuentan actualmente tú o tu dependiente;
- Inicio o finalización de un empleo, comienzo o regreso de una licencia de ausencia no remunerada, o cambio de situación laboral que afecte la elegibilidad para recibir los beneficios;
- Cambio en la elegibilidad de los dependientes; y
- Cambio significativo en la cobertura o el costo de otros planes de beneficios a disposición tuya y de tu familia;

Los cambios en la selección de tus beneficios deben ser congruentes con el cambio de tu situación.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), puedes afiliarte y las personas a tu cargo que reúnan los requisitos necesarios fuera del período de afiliación anual cuando se produzcan determinados acontecimientos. Existen derechos especiales de inscripción cuando:

- adquieres un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción;
- rechazaste la cobertura en virtud del Plan durante un período de inscripción anterior porque contabas con la cobertura de otro plan de salud colectivo (o seguro médico colectivo), pero posteriormente pierdes tu otra cobertura por cualquiera de los siguientes motivos:
 - tú o tus dependientes agotan la continuidad de la cobertura COBRA en virtud del plan de salud colectivo de otro empleador (que no sea debido a la falta de pago de contribuciones o por causa justificada);
 - las contribuciones del empleador a la cobertura del otro plan de salud colectivo terminan; o
 - tú o tus dependientes pierden la elegibilidad en virtud del otro plan de salud colectivo o cobertura de seguro médico (que no sea debido a tu falta de pago de contribuciones o por causa justificada), incluyendo:
 - por separación legal, divorcio, cese de la situación de dependencia, fallecimiento, terminación del empleo o reducción de la jornada laboral;
 - en el caso de la póliza individual de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), la pérdida de cobertura porque ya no resides o trabajas en el área de servicio;
 - en el caso de la póliza colectiva de una HMO, la pérdida de cobertura porque ya no resides o trabajas en el área de servicio, siempre y cuando



- no haya otro paquete de beneficios a tu disposición; o
 - tu empleador actual decide dejar de contribuir para tu cobertura.
- Tú o tu dependiente:
 - pierden el derecho de obtener cobertura en virtud de un plan de Medicaid o de un plan estatal de salud infantil y, como resultado, se cancela la cobertura; o
 - obtienen el derecho de recibir un subsidio de asistencia para primas del Plan en virtud de Medicaid o de un plan estatal de salud infantil.

Cuando tu derecho de inscripción especial deriva de tener un nuevo cónyuge o dependiente adquirido a través de matrimonio, nacimiento o adopción, puedes inscribir a tu nuevo cónyuge o dependiente en el Plan. Además, si aún no te has inscrito en el Plan, puedes hacerlo durante el periodo de inscripción especial. Si tu cónyuge aún no se ha inscrito en el Plan y tú tienes derechos especiales de inscripción porque tienes un nuevo dependiente, puedes inscribir a tu cónyuge durante el periodo de inscripción especial. Sin embargo, no puedes inscribir a ningún otro dependiente que ya fuera elegible para recibir beneficios pero que no estaba inscrito previamente en el Plan.

La solicitud de un cambio en la cobertura debe hacerse en un plazo de 31 días posteriores al evento que justifica la inscripción especial, a menos que este se trate de que tú o tu dependiente pierdan el derecho a la cobertura de un plan de Medicaid o de un plan estatal de salud infantil, o que tú o tu dependiente obtengan el derecho de recibir un subsidio de asistencia para primas del Plan en virtud de Medicaid o de un plan estatal de salud infantil. Para estos eventos que justifican la inscripción especial, la solicitud de cambio de cobertura debe realizarse en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que pierdas la cobertura u obtengas derecho a ella, según corresponda.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del Plan de salud finalizará para ti y tus dependientes en cualquiera de los siguientes casos:

- Tu parte del costo compartido de la prima no se recibe a tiempo;
- El último día del mes en el que pierdas la elegibilidad para participar en el plan;
- El plan se modifica para finalizar la cobertura de la clase de empleados a la que perteneces; o
- Un dependiente deja de cumplir con la definición de dependiente establecida en el plan.

La cobertura de un hijo de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado y sea dependiente de sus progenitores no finalizará al alcanzar el límite de edad indicado en este Folleto de beneficios si la discapacidad del hijo continúa y este sigue siendo dependiente del empleado, según lo dispuesto en el Plan como dependiente incapacitado.

Como condición para la continuidad de la cobertura de un hijo como dependiente discapacitado más allá del límite de edad, el Plan puede requerir la certificación periódica de la afección física o mental del hijo (anualmente).

La cobertura de todos los Afiliados terminará si el plan se finaliza de acuerdo con sus términos.



Finalización de la cobertura: fraude o tergiversación intencional de un hecho material

El Administrador de reclamos o el Administrador del plan te notificarán con un mínimo de 30 días de antelación que tu cobertura finalizará en la fecha que el Administrador de reclamos o el Administrador del plan identifique en el aviso, fecha que podrá ser retroactiva, debido a que cometiste un acto u omisión que constituyó fraude, o una tergiversación intencionada de un hecho material. Puedes apelar esta decisión antes de la fecha de finalización establecida en el aviso. El aviso incluirá información sobre cómo apelar. Si has cometido un acto u omisión que constituya un fraude o una tergiversación intencionada de hechos materiales, el Administrador de reclamos o el Administrador del plan pueden exigirte que devuelvas todos los montos que el plan de salud te haya pagado, o haya pagado en tu nombre, mientras la cobertura estaba vigente de forma incorrecta.



Continuación de la cobertura del plan (COBRA)

La Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA) aprobada por el Congreso establece que cuando los Afiliados (Empleados y sus Dependientes) pierdan su elegibilidad para la cobertura médica debido a cualquiera de los eventos enumerados a continuación, pueden elegir continuar con la cobertura de su plan de salud. La continuación de la cobertura puede prolongarse por un periodo máximo de 18, 29 o 36 meses, dependiendo de la razón por la que terminó la elegibilidad para la cobertura del plan de salud.

Si eres empleado, te convertirás en beneficiario calificado si pierdes la cobertura del Plan a causa de los siguientes acontecimientos calificados:

1. Se reducen tus horas de trabajo, o
2. Tu empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si eres cónyuge de un empleado, te convertirás en beneficiario calificado si pierdes la cobertura del Plan a causa de los siguientes acontecimientos calificados:

1. Fallece tu cónyuge;
2. Se reducen las horas de trabajo de tu cónyuge;
3. El empleo de tu cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
4. Tu cónyuge adquiere derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
5. Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge.

Tus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes acontecimientos calificados:

1. Fallece el padre empleado;
2. Se reducen las horas de trabajo del padre empleado;
3. Cese de la relación laboral del padre empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave;
4. El padre empleado pasa a tener derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
5. Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
6. El hijo deja de tener derecho a la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Cuando se pierde la cobertura del Plan debido al fallecimiento del empleado, al divorcio o separación legal del empleado cubierto o a que un hijo dependiente pierde la condición de hijo dependiente, la cobertura COBRA puede durar hasta un total de 36 meses.

Determinados acontecimientos calificados, o un segundo acontecimiento calificado durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 29 o 36 meses de cobertura:

Prórroga por discapacidad

Si el evento calificado es el despido o la reducción de las horas de trabajo de un empleado, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determina que tú o un



dependiente cubierto están “incapacitados” y se lo notificas al administrador de COBRA de forma oportuna, tú y tus dependientes cubiertos pueden tener derecho a once (11) meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, lo que da un total de veintinueve (29) meses. La incapacidad debe haber comenzado antes del día 60 de continuación de la cobertura de COBRA y durar hasta el final de un período de 18 meses de la misma. Para que se aplique esta extensión, debe presentarse al Administrador de COBRA una prueba de incapacidad conforme a la Ley del Seguro Social dentro del plazo inicial de 18 meses de continuación de la cobertura y dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la determinación del Seguro Social. No serás elegible para los once (11) meses de continuación de la cobertura de COBRA si no presentas una prueba de incapacidad al Administrador de COBRA como se acaba de señalar.

Si la SSA determina que el beneficiario calificado ya no está incapacitado, debes notificarlo al Administrador del plan en un plazo de treinta días a partir de la determinación de la SSA.

Múltiples eventos calificados

Si tu dependiente con cobertura vive otro evento calificado durante los 18 meses de la cobertura de continuación COBRA, tu dependiente cubierto puede obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe una notificación adecuada sobre el segundo evento calificado. El beneficiario calificado dependiente puede calificar para esta extensión de 18 meses del periodo de cobertura de continuación si el segundo evento calificativo es:

- Muerte del empleado;
- Divorcio o separación legal del empleado;
- empleado elegible para Medicare (el empleado se vuelve elegible para obtener Medicare, dejando a los dependientes sin cobertura); o
- Hijos que pierden la cobertura debido a los requisitos de elegibilidad.

Para que se considere un evento múltiple calificado, dicho evento debió haber provocado que el beneficiario calificado perdiera la cobertura si no se hubiera dado el primer evento calificado. Es responsabilidad del beneficiario calificado dependiente notificar a su empleador (o a su Administrador de COBRA designado) dentro de los sesenta días posteriores al evento múltiple calificado.

Elegibilidad para la continuación de la cobertura

Los Afiliados (empleados y dependientes) cubiertos por el Plan en el momento del evento calificado son beneficiarios calificados y son elegibles para la continuidad de la cobertura. Cada uno puede hacer una elección independiente de COBRA. Los hijos del empleado nacidos o adoptados durante el período de cobertura en virtud de COBRA también tienen derecho a ser Afiliados calificados si están amparados por COBRA al presentar la solicitud oportunamente.

Cómo puedes elegir la continuación de la cobertura amparada por COBRA:

Si el evento de calificación de COBRA se debe a la muerte de un empleado, la elegibilidad de Medicare o la terminación del empleo (o reducción de horas), tu Empleador (o su Administrador de COBRA designado) te hará llegar un aviso de elección de COBRA cuando pierdas la cobertura. El aviso se enviará a Afiliados elegibles.

- Si el evento calificado se trata de un divorcio o de que un hijo ya no tenga derecho a cobertura, el Afiliado afectado deberá notificar al Empleador (o a su administrador de COBRA designado) en un plazo de 60 días posteriores al evento calificado. Luego, se



enviará el aviso de elección de COBRA al cónyuge, pareja doméstica o hijo que perderá la cobertura.

- El aviso debe incluir los nombres de las personas cubiertas y el motivo y la fecha del evento calificado. Si un Afiliado no da aviso dentro del plazo requerido, el Afiliado no puede elegir la continuación de la cobertura.

Los beneficiarios calificados elegibles para COBRA tendrán 60 días después de la fecha del aviso de elección de COBRA o de la pérdida de su cobertura debido a un evento calificado, lo que ocurra después, o según lo dispuesto en los avisos de elección de COBRA, para notificar por escrito su elección para continuar la cobertura.

Costo de la cobertura de COBRA

A la prima se le añadirá una cuota de servicio del 2 % de la tarifa de la prima para Afiliados, que deberá abonar el Afiliado que continúa. Puede añadirse una prima adicional del 50 % a la prima para los Afiliados que amplíen la cobertura de 18 a 29 meses por incapacidad. Tú eres responsable del monto íntegro de la prima (cuota del trabajador y del empleador). Si las beneficios o las tarifas del Plan de salud cambian durante el periodo de continuación, el Afiliado que continúa recibirá los nuevos beneficios y se aplicarán las nuevas tarifas.

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con el Administrador del plan o con el Administrador de COBRA.

Pago inicial

Cuando elijas la continuación de la cobertura, no estás obligado a remitir ningún pago con la elección. Dispones de 45 días a partir de la fecha de elección (fecha del sello de correos si se envía por correo) para remitir tu pago inicial. Tu primer pago debe incluir las primas de la cobertura retroactiva a la fecha en que tú o tus dependientes cubiertos habrían perdido la cobertura si no hubieras elegido la continuación de la cobertura. Los beneficios se restablecerán a la fecha de baja del plan una vez que se haya recibido y procesado el pago. Deberás asegurarte de que el monto del pago es correcto. Si tienes alguna pregunta sobre el monto y la forma de efectuar el pago, ponte en contacto con la empresa o con el administrador de COBRA designado.

Nota: si el pago no se recibe dentro de los 45 días posteriores a la fecha de tu elección, no serás elegible para continuar con la cobertura del Plan.

Continuación de los pagos mensuales

Después de haber realizado tu primer pago, deberás realizar los pagos de cada mes. Los pagos vencen el primer día del mes con un período de gracia de 30 días. Si el pago no se recibe antes de la fecha de vencimiento, la cobertura se suspenderá y es posible que no se pueda acceder a los beneficios durante este tiempo hasta que se reciba el pago. Si el pago se recibe antes del final del período de gracia, se restablecerá la cobertura una vez que se haya procesado el pago.

Si no realizas la totalidad del pago antes de que finalice el período de gracia, perderás todos los derechos de continuidad de la cobertura conforme al Plan.

Finalización de la continuidad de la cobertura

A la prima se agrega una tarifa de servicio del 2 % de la tarifa de la prima para los Afiliados y es pagadera por el Afiliado que continúa con la cobertura. Se puede agregar una prima adicional



del 50 % a la prima para los Afiliados que extienden la cobertura de 18 meses a 29 meses debido a una discapacidad. Tú eres responsable de cubrir el monto total de la prima.

Si tienes preguntas al respecto, comunícate con el empleador o la continuación de la cobertura del Afiliado finalizará si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Vence el período máximo de calificación;
- Un Afiliado con continuación de cobertura obtiene cobertura después de la fecha de elección conforme a cualquier otro plan de salud que no contenga una exclusión aplicable de cualquier Condición preexistente para el Afiliado;
- Un afiliado con continuación de cobertura queda cubierto por beneficios de Medicare después de la fecha de la elección;
- El Empleador ya no brinda cobertura médica del Administrador de reclamaciones para sus empleados; o
- El pago requerido para continuar con la cobertura no se realiza de manera oportuna.
- Presentas reclamaciones fraudulentas o realizas otras actividades por las que un empleado en activo en situación similar sería despedido “por causa justificada”; o
- Si la continuación de la cobertura de COBRA se prorrogó por incapacidad, lo que ocurra más tarde entre (a) el primer día del mes que sea al menos 30 días posterior a la fecha en que la Administración del Seguro Social determine que tú o tu dependiente cubierto, según corresponda, ya no están incapacitados, o (b) la fecha final del periodo máximo de cobertura que se habría aplicado en ausencia de la determinación de incapacidad.

La continuación de cobertura de un Afiliado también puede ser rescindida por fraude o tergiversación intencionada de hechos materiales en la misma medida en que podría rescindirse la cobertura de un Afiliado sin continuación en situación similar.

Los beneficios para un Afiliado con Continuación de cobertura serán los mismos que para los Afiliados activos. Las tarifas de las primas se basarán en las tarifas del Empleador para un empleado activo y los dependientes.

Si no eliges la continuación de la cobertura, la cobertura de tu Plan finalizará el último día del mes en el que te volviste elegible y te inscribiste.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Lesión accidental significa una lesión corporal accidental derivada, directa o independientemente de todas las demás causas, de la atención inicial necesaria proporcionada por un Médico u Otro proveedor profesional.

Lesión cerebral adquirida significa un daño cerebral, que no es hereditario, congénito ni degenerativo. La lesión cerebral se produjo después del nacimiento y deriva en un cambio en la actividad neuronal, que da como resultado una alteración del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Actividades de la vida diaria (ADL) significa las tareas de la vida cotidiana. Las ADL básicas incluyen comer, vestirse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, bañarse o ducharse y usar el inodoro.

Determinación adversa significa (a) una negación, reducción o terminación; o (b) la falta de provisión o pago (total o parcial) de un beneficio del Plan. Una rescisión de la cobertura se trata como una determinación adversa de beneficios (ya sea que la rescisión tenga o no un efecto adverso sobre cualquier beneficio en particular en ese momento). Una rescisión es una cancelación retroactiva de la cobertura, que no sea por falta de pago de primas o según lo permita la ACA y la directriz correspondiente.

Monto permitido se refiere al monto máximo que pagará Curative por los servicios cubiertos. El monto permitido es determinado por nosotros o según lo prescrito por la ley o regulación aplicable.

- El monto permitido para los servicios cubiertos prestados por proveedores dentro de la red se rige por los términos del contrato con el proveedor y la metodología de pago vigente en la fecha del servicio.
- El monto permitido para los servicios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red es el menor de los siguientes importes: (i) los cargos facturados por el proveedor, o (ii) el reembolso del proveedor fuera de la red.
- Salvo que se indique lo contrario en este apartado, el reembolso a proveedores fuera de la red se calcula a partir de los reembolsos básicos de Medicare ajustados por un factor predeterminado establecido por Curative.
- Para la atención de emergencia fuera de la red, la atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red, o los servicios de diagnóstico por imagen o de laboratorio fuera de la red prestados en relación con la atención dentro de la red, el monto permitido será la tarifa habitual y acostumbrada definida por Curative o según lo establecido en las leyes o reglamentos aplicables.

Periodo de inscripción abierta anual significa un periodo anual de treinta y un (31) días, que comienza no menos de treinta (30) días antes del inicio del Año del Plan, durante el cual:



- Si el Empleador ha establecido y mantenido más de un Plan para sus Empleados elegibles, un Empleado elegible que haya elegido otro Plan y haya mantenido la cobertura en virtud de ese Plan hasta el comienzo del Periodo anual de inscripción abierta puede cambiar a este Contrato del empleador.
- Los empleados elegibles que decidieron no inscribirse y/o a sus Dependientes elegibles para la cobertura conforme al Contrato del empleador durante los períodos de inscripción inicial o especial pueden inscribirse.

Trastorno del espectro autista significa un trastorno neurobiológico que incluye Autismo, síndrome de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo: no especificado de otro modo.

Visita Introductoria es una reunión presencial con un Médico de Curative con el fin de realizar tu proceso de incorporación al Plan de salud, que conozcas tus objetivos de salud y que Curative sepa cómo podemos colaborar contigo para satisfacer tus necesidades de atención médica actuales y futuras. La Visita Introductoria también incluirá una evaluación de las recomendaciones preventivas indicadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) y evaluará si tus vacunas están al día, todo esto para mantenerte saludable.

Profesional de salud del comportamiento significa un Médico u Otro proveedor profesional que brinda servicios de atención para la salud mental, enfermedades mentales graves o trastornos por consumo de sustancias.

Biosimilar significa un medicamento biológico. Es muy similar a un medicamento biológico ya aprobado por la FDA: el medicamento biológico original (también llamado producto de referencia).

Medicamentos de marca son medicamentos desarrollados, patentados y vendidos bajo una marca registrada que, por lo general, no estarán disponibles como Medicamentos genéricos hasta que la patente haya vencido.

Hijo significa un hijo natural, un hijastro o un hijo adoptado (incluido un menor por quien tú o tu cónyuge o pareja doméstica se encuentran en una demanda en la que se busca la adopción del menor), menor de veintiséis (26) años, independientemente de la presencia o ausencia de dependencia financiera del menor, su residencia, situación estudiantil, situación laboral, estado civil, o cualquier combinación de esos factores. Un hijo de tu hijo debe ser tu dependiente para efectos del impuesto federal sobre la renta al momento de que inscribes en la cobertura al hijo de tu hijo en virtud del Plan. Un hijo no mencionado anteriormente cuya residencia principal sea tu hogar y de quien eres tutor legal o pariente por consanguinidad o por matrimonio, y cuya mitad de manutención depende de ti según lo define el Código de Ingresos Internos de Estados Unidos, también se considera Hijo dependiente en virtud del Plan.

Apelación clínica significa una solicitud para cambiar una Determinación adversa sobre la atención o los servicios que fueron denegados debido a la falta de necesidad médica, o cuando se determina que los servicios son experimentales, de investigación o cosméticos. Puede hacerse antes o después de recibir un servicio. La revisión es llevada a cabo por un médico. Los Afiliados o sus representantes autorizados pueden presentar una apelación clínica. Asimismo, los proveedores pueden presentar una apelación clínica en nombre de un Afiliado.

Coordinador de atención clínica se refiere al miembro del personal clínico designado por el Administrador de reclamaciones que revisa las solicitudes de Revisión de utilización.



Ensayo clínico se refiere a un estudio experimental o estudio de investigación realizado para evaluar un nuevo tratamiento médico antes de recibir aprobación de la FDA.

Complicaciones del embarazo significa: (a) afecciones que requieren hospitalización (cuando el embarazo no llega a término), cuyos diagnósticos no se relacionan con el embarazo pero se ven afectados de manera adversa por el embarazo o son causados por el embarazo, como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero este término no incluirá trabajo de parto falso, hemorragia uterina ocasional, descanso prescrito por el médico durante el período de embarazo, náuseas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y afecciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyan una complicación nosológicamente distinta del embarazo; y (b) cesárea no electiva, terminación del embarazo ectópico y terminación espontánea del embarazo, que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto.

Coseguro significa el porcentaje de gastos cubiertos que debes pagar después de los montos correspondientes de Copagos y Deducibles. Este porcentaje se muestra en el Resumen de beneficios.

Monitor Continuo de Glucosa (MCG) es un dispositivo que calcula automáticamente tu nivel de glucosa o azúcar en sangre a lo largo del día, y proporciona información sobre los cambios en tus niveles a lo largo del tiempo.

Atención domiciliaria coordinada se refiere a la atención especializada y organizada intermitente de pacientes iniciada por un hospital u otro centro para pacientes internados a fin de facilitar el alta y la planificación de atención domiciliaria de sus pacientes bajo las órdenes de un médico calificado.

Copago significa el monto que Tú debes pagar a un Proveedor dentro de lared u otro proveedor autorizado en relación con la prestación de Servicios de salud cubiertos. Los montos de Copago se indican en el Resumen de beneficios.

Servicios de salud cubiertos o Servicios cubiertos se refiere a aquellos servicios y elementos médicos y de atención médica especificados y definidos en el Folleto de beneficios como servicios cubiertos, pero solo cuando dichos servicios y elementos son médicamente necesarios y cuando se prestan, recetan, dirigen o autorizan de acuerdo con Nuestras políticas y procedimientos y este Folleto de beneficios.

Intervención ante crisis se refiere a un proceso a corto plazo que brinda supervisión intensiva y actividades extremadamente estructuradas a un Afiliado que presenta una crisis médica o psiquiátrica aguda de proporciones graves, que afecta sustancialmente los pensamientos del Afiliado, su percepción de la realidad y su juicio, o que afecta gravemente su comportamiento.

Unidad o centro de estabilización de crisis se refiere a un programa residencial abierto las 24 horas que generalmente es de corto plazo y brinda supervisión intensiva y actividades extremadamente estructuradas a personas que presentan una crisis psiquiátrica aguda de moderada a grave.

Crioterapia (o terapia fría) se refiere a un procedimiento para tratar dolores o inflamaciones durante el cual se disminuye la temperatura de la piel en el área afectada.



Cuidado de custodia se refiere a los cuidados no médicos sin valor terapéutico en el tratamiento de una Enfermedad o Lesión que se proporcionan principalmente para brindar asistencia en las actividades de la vida diaria (ADL) del Afiliado en cuestión. Nosotros o una junta de revisión médica independiente decidiremos si un servicio o tratamiento se considera Cuidado de custodia.

Deducible significa el monto que debe aportar el Afiliado en cuestión para pagar los servicios de atención médica antes de que sean pagaderos por parte del Plan de salud. El deducible familiar significa que una familia de 3 o más integrantes solo deberá cubrir el deducible de 2 Afiliados en total.

Dependiente significa tu cónyuge, pareja de hecho o cualquier hijo cubierto por el Plan. A efectos de este Plan, el término Dependiente incluirá también a aquellas personas que ya no se ajusten a la definición de Dependiente, pero que sean beneficiarios en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA).

Suministros y equipos para diabetes significa equipo y suministros para el tratamiento de la diabetes que un médico o profesional solicitó por escrito, tales como monitores de glucemia, incluidos los diseñados para ser utilizados o adaptados para personas legalmente ciegas; tiras reactivas especificadas para su uso con el monitor de glucemia correspondiente; lancetas y dispositivos para lancetas; tiras de lectura visual y tiras y tabletas de prueba de orina que analizan la glucosa, las cetonas y las proteínas; insulina y preparaciones análogas de insulina; dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y los sistemas sin aguja; jeringas de insulina; contenedores de eliminación de riesgos biológicos; bombas de insulina, tanto externas como de implante, y accesorios asociados, que incluyen dispositivos de infusión de insulina; baterías; artículos de preparación de la piel; suministros adhesivos; juegos de infusión; cartuchos de insulina; dispositivos duraderos y desechables para ayudar en la inyección de insulina; y otros suministros desechables necesarios; reparaciones y mantenimiento necesarios de bombas de insulina no previstos de otra manera en la garantía del fabricante o contrato de compra, y tarifas de alquiler de bombas durante la reparación y el mantenimiento necesarios de las bombas de insulina, ninguno de los cuales superará el precio de compra de una bomba de reemplazo similar; medicamentos recetados para controlar la glucemia; aparatos podológicos, incluyendo hasta dos pares de calzado terapéutico al año, para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes; kits de emergencia de glucagón.

A medida que los equipos o suministros nuevos o mejorados para tratamiento y monitoreo estén disponibles y sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, dichos equipos o suministros se cubrirán después de que los dispositivos anteriores lleguen al final de su vida útil o de que fallen por causas ajenas al Afiliado si el médico responsable del paciente u otro profesional lo determina médicamente necesario y apropiado a través de una orden por escrito. Todos los suministros (incluidos los medicamentos) y los equipos para el control de la diabetes se expedirán como aparecen en la orden por escrito, incluidos los productos de marca, a menos que el médico o profesional que emite la orden apruebe su sustitución.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes se refiere a la capacitación que incluye (i) la capacitación proporcionada después del diagnóstico inicial de la diabetes, incluido el asesoramiento nutricional y el uso adecuado del equipo y los suministros para la diabetes; (ii) la capacitación adicional autorizada en el diagnóstico de un cambio significativo en tus síntomas o condición que requiera cambios en tu régimen de autocontrol; y (iii) la capacitación de



educación continua periódica o episódica según lo justifique el desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos para la diabetes.

Mamografía digital se refiere a la mamografía que crea imágenes de las mamas que se almacenan como fotografías digitales.

Pareja doméstica se refiere a una persona que no está casada con el empleado inscrito, pero que mantiene una relación comprometida y tiene previsto mantenerla. La pareja doméstica debe tener 18 años y residir con el Afiliado. La pareja doméstica puede ser del mismo sexo o del sexo opuesto que el Afiliado.

Fecha de entrada en vigor se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura para Ti y tus dependientes si están inscritos en el Plan.

Empleado elegible se refiere a un empleado de tiempo completo, que trabaja una semana normal de trabajo durante el número de horas designado por su empleador para calificar como un Afiliado elegible.

Gastos elegibles se refiere a los gastos de hospitalización, los gastos médicos, los gastos de atención extendida, los gastos de equipo médico duradero (DME), de prótesis o de farmacia, tal como se describe en este Folleto de beneficios.

Emergencia se refiere a los servicios de atención médica prestados en la unidad de emergencia de un hospital o instalación similar para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de reciente aparición y gravedad, incluido el dolor severo, que llevaría a una persona prudente a creer que la condición del individuo, si no se trata, podría poner su salud en grave peligro, dañar las funciones corporales o dar lugar a una desfiguración grave y, en el caso de una embarazada, resultar en un grave peligro para la salud del feto. La atención de urgencia también se refiere a los servicios de salud del comportamiento. El Plan de salud cubre las urgencias médicas en cualquier lugar de Estados Unidos donde se produzcan. En caso de emergencia, se debe llamar al 911 o acudir a la sala de urgencias más cercana.

Empleador significa el empleador identificado en el Anexo al Folleto de beneficios.

Formularios de inscripción se refieren a los formularios que el Afiliado deberá completar y presentar al Empleador con el fin de inscribirlo a él y a cualquier dependiente elegible para la cobertura en virtud del presente documento.

Experimental y de investigación se refiere al uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro no aceptado como tratamiento médico estándar de la condición que se está tratando o cualquier elemento de este tipo que requiera la aprobación de la agencia federal o de otra agencia gubernamental no concedida en el momento en que se prestan los servicios.

Instalación se refiere a un centro de atención médica o de tratamiento residencial autorizado por el estado en el que se opera para proporcionar atención médica de hospitalización, residencial, de tratamiento diurno, de hospitalización parcial o ambulatoria.

Familia se refiere a ti y a tus dependientes que están cubiertos por este Plan.



Formulario (Formulario de Curative) es una lista de medicamentos recetados de venta libre, genéricos, de marca y especializados, dispositivos y suministros que están cubiertos y son surtidos por una farmacia. La lista se elabora en función de la eficacia y la seguridad de los medicamentos.

Centro de atención médica de emergencia independiente se refiere a un centro estructuralmente separado y distinto a un hospital que recibe personas y les brinda atención de emergencia, según se define en el Capítulo 254 del Código de Salud y Seguridad.

Disforia de género se refiere a la sensación de incomodidad o angustia que se produce cuando la identidad de género difiere del género asignado al nacer.

Medicamentos genéricos son medicamentos que, por ley, deben tener los mismos ingredientes activos y estar sujetos a las mismas normas de calidad, eficacia, efectividad y pureza de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) que su equivalente de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

Atención médica a domicilio se refiere a los servicios de atención médica especializada que se prestan durante la visita de una agencia de asistencia médica a domicilio a los Afiliados confinados en su domicilio debido a una enfermedad o lesión que requiere servicios de salud especializados de forma intermitente y durante cierto tiempo.

Hospicio se refiere a un centro o agencia que se dedica principalmente a prestar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos a pacientes con enfermedades terminales y que: (1) tiene licencia de acuerdo con la legislación estatal; o (2) cuenta con la certificación de Medicare como proveedor de cuidados de hospicio.

Hospital se refiere a una institución de atención aguda autorizada por alguna agencia o autoridad estatal pertinente, como un Hospital y está acreditado por The Joint Commission que principalmente se dedica a brindar atención médica y tratamiento para pacientes internos en instalaciones médicas, de diagnóstico y quirúrgicas destacadas a personas enfermas y lesionadas, bajo la supervisión de un personal Médico y con servicio de enfermería y Médico las 24 horas del día. No incluye un hogar de ancianos ni ninguna institución o parte de estos que funja principalmente como centro de detención.

Tarjeta de identificación (ID) se refiere a la tarjeta emitida al Afiliado que contiene información pertinente aplicable a su cobertura. Debes presentar esta tarjeta a tu proveedor de atención médica en el momento de recibir los servicios.

Dentro de la red se refiere a un Médico, Profesional de salud del comportamiento, otros Proveedores profesionales, Hospitales, Farmacias y otras instalaciones determinados que hayan celebrado acuerdos con Curative como proveedores o instalaciones contratados de la red.

Proveedor dentro de la red se refiere a un Hospital, Médico, Profesional de salud del comportamiento, Farmacia u otro Proveedor que haya celebrado un acuerdo con Curative como proveedor contratado de la red.

Programa intensivo para pacientes ambulatorios se refiere a un programa independiente u hospitalario que brinda servicios en una instalación unos días a la semana, unas horas al día, para tratar enfermedades mentales, drogadicción, abuso de sustancias, alcoholismo o



Trastornos por consumo de sustancias, o que se especializa en el tratamiento de Enfermedades mentales y Trastornos por consumo de sustancias.

Centro de imágenes se refiere a un Proveedor que puede brindar servicios técnicos con respecto a los servicios de diagnóstico por imágenes y que está certificado por una agencia o autoridad del estado que tiene autoridad legal para otorgar licencias, certificar y aprobar.

Los Servicios de imágenes incluyen, entre otros, Tomografías computarizadas; Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y Tomografías por emisión de positrones (TEP).

Beneficios dentro de la red se refiere a la cobertura disponible en el plan para los servicios, suministros y medicamentos proporcionados por un proveedor de la red que haya contratado con Curative.

Organización de revisión independiente (IRO) significa una organización seleccionada para revisar tu atención médica y la determinación de beneficios.

Potencialmente mortal se refiere a una enfermedad o afección para la cual la probabilidad de muerte es alta, a menos que se interrumpa la evolución de la enfermedad o afección.

Medicamento de mantenimiento se refiere a un medicamento recetado que se toma regularmente, a menudo todos los días, para tratar una amplia variedad de enfermedades o afecciones crónicas, como la hipertensión, la diabetes, el asma o la depresión. La medicación de mantenimiento no incluye las sustancias controladas.

Mamografía se refiere una radiografía de las mamas con equipos destinados específicamente para la mamografía.

Cuidado de maternidad se refiere al cuidado y los servicios prestados para atender el estado de embarazo.

Copagos y deducibles médicos se refiere a montos por pagar por servicios relacionados con proveedores que brindan tratamiento médico. Estos no reflejan los copagos, el deducible ni el gasto máximo anual de los beneficios de Farmacia.

Director médico se refiere a un médico acreditado designado por Curative para supervisar la prestación adecuada de los Servicios de salud cubiertos médicamente necesarios para los Afiliados de acuerdo con el Plan.

Inyectables médicos se refiere a cualquier medicamento administrado mediante infusión intravenosa (IV), inyectado de forma intramuscular (IM), que requiere supervisión médica o que debe administrarse en el centro de atención (por ejemplo, centros de diálisis). Estos medicamentos serán definidos por el Comité de farmacia y terapéutica de Curative.

Gastos médicos se refieren al monto permitido para los cargos incurridos por los artículos médicamente necesarios de servicio o suministro que se enumeran a continuación para la atención de un Afiliado, siempre que dichos artículos sean:

- Proporcionados por o bajo la dirección de un médico, profesional de la salud del comportamiento u otro proveedor profesional; y



- No se incluye como elemento de los Gastos de hospitalización ni de los Gastos de atención prolongada en el Plan.

Un servicio o suministro se brinda a criterio de un Médico, un Profesional de la salud del comportamiento o un Proveedor profesional si el servicio o suministro enumerado es:

- Proporcionado por una persona empleada por el Médico directivo, Profesional de la salud del comportamiento o Proveedor profesional;
- Proporcionado en el lugar de trabajo habitual del Médico directivo, Profesional de salud del comportamiento o Proveedor profesional; y
- Facturado por el Médico directivo, Profesional de salud del comportamiento o Proveedor profesional.

Se deberá haber incurrido en un gasto en la fecha de prestación del servicio por el cual se realiza el cargo.

Necesidad Médica/Medicamento Necesario se refiere a los servicios o procedimientos de atención médica que un médico prudente le brindaría a un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o los síntomas de estos, de una manera (a) que concuerde con los estándares de la práctica médica generalmente aceptados; (b) clínicamente apropiada en cuanto al tipo, la frecuencia, la extensión, el lugar y la duración; (c) que no sea principalmente para el beneficio económico de los planes de salud y los compradores, o para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica, y (d) no más costoso que un servicio o secuencia de servicios alternativos con al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección de ese paciente. Ningún servicio es un Servicio Cubierto a menos que sea Medicamento Necesario.

Medicare se refiere al Título XVIII (Seguro Médico para Ancianos y Discapacitados) de la Ley de Seguridad Social de Estados Unidos, según lo agregado por las Enmiendas del Seguro Social de 1965 modificadas en la actualidad o más adelante.

Afiliado se refiere a una persona que se ha inscrito en el Plan de salud como Empleado o Dependiente, y que es elegible para recibir los Servicios de salud cubiertos. Esta persona a veces se conoce también como Participante, Suscriptor o Paciente.

Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se refiere a una sala de recién nacidos de cuidados especiales o de cuidados intensivos. El ingreso a la UCIN generalmente ocurre, entre otros casos, cuando el Recién nacido nace de manera prematura, si surge alguna dificultad durante el parto o si el Recién nacido presenta signos de un problema médico después del parto.

Rehabilitación neurocognitiva se refiere a servicios destinados a ayudar a personas con discapacidades cognitivas a compensar las deficiencias en el funcionamiento cognitivo reconstruyendo habilidades cognitivas o desarrollando estrategias y técnicas compensatorias.

Pruebas neurofisiológicas se refiere a evaluaciones de las funciones del sistema nervioso (es decir, [EMG]electromiografías, monitorización neurológica intraoperatoria).

Apelación no clínica se refiere a la solicitud de reconsiderar una petición, queja o acción anterior por parte del Plan de salud que no se haya resuelto a satisfacción del Afiliado. Esto tiene que ver con servicios administrativos de atención médica, como la inscripción, el acceso, el pago de reclamaciones, etc., y puede ser un servicio previo o posterior. La revisión es llevada a cabo por



un Comité de apelaciones no médicas. Solo los Afiliados o sus representantes autorizados pueden presentar una apelación no clínica.

Inscripción abierta se refiere al período anual de cada año en el que puedes realizar cambios a los beneficios de Tu Plan.

Medicamentos orales contra el cáncer el Plan de salud cubre los Medicamentos contra el cáncer médicamente necesarios que se utilizan para tratar el cáncer y que se administran por vía oral. Por lo general, forman parte de la categoría de Medicamentos especializados y se clasifican como tradicionales, específicos u hormonales. Consulta la Lista de medicamentos cubiertos de Curative para conocer los medicamentos que están cubiertos en esta categoría.

Trasplante de órganos se refiere a la recolección de un órgano, glándula o tejido sólidos o no sólidos de una persona, y la reintroducción de ese órgano, glándula o tejido en otra persona.

Aparatos ortopédicos se refiere a dispositivos médicos recetados que se colocan en una parte del cuerpo humano para corregir una deformidad, mejorar la función y aliviar los síntomas de una enfermedad.

Fuera de la red se refiere a médicos, profesionales de la salud mental, otros proveedores profesionales, hospitales, farmacias y otros centros que no han firmado acuerdos con Curative como proveedor o centro contratado de la red.

Reembolso a proveedores fuera de la red significa el monto permitido que Curative considerará apropiado para la atención médica elegible de proveedores dentro de la red. Determinamos este monto basándonos en la metodología de pago establecida por Curative. Puedes ser responsable del saldo adeudado al proveedor por encima del monto considerado como monto permitido cubierto por Curative. Dependiendo de los términos del deducible de tu plan, también puedes ser responsable del monto permitido.

Gasto máximo de bolsillo se refiere al monto total en dólares que el Afiliado debe pagar cada Año del Plan antes de que el Plan de salud pague los beneficios al 100 %. El Gasto anual máximo de bolsillo incluye copagos. No incluye primas, servicios no cubiertos ni montos de facturación de saldos.

De venta libre (OTC) significa un medicamento que puede adquirirse sin necesidad de receta; sin embargo, la cobertura requiere una receta.

Cuidados paliativos se refiere a atención médica especializada centrada en el alivio de síntomas y enfermedades con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, complejas o terminales.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) significa un comité compuesto por profesionales sanitarios y farmacéuticos implicados en el uso de medicamentos y que se encarga de determinar qué medicamentos se incluirán en el Formulario. Este comité también es responsable de crear políticas de medicación mediante la evaluación de la seguridad y la eficacia.

Médico se refiere a cualquier persona que esté debidamente autorizada y calificada para ejercer dentro del alcance de una licencia de práctica médica emitida conforme a las leyes del



estado de Texas o del estado donde se reciba tratamiento. Los médicos incluyen un especialista en medicina osteopática.

Plan, plan de salud, tu plan, el plan se refiere a la cobertura de los servicios de atención médica disponibles para ti según los términos de este Folleto de prestaciones.

Año del Plan significa el período especificado en el Anexo al Folleto de Beneficios.

Atención postaguda se refiere a los servicios prestados después de la hospitalización o el tratamiento relacionados con la atención aguda que se basan en una evaluación de las deficiencias funcionales físicas, conductuales o cognitivas del paciente, que incluyen el objetivo del tratamiento de lograr cambios funcionales reforzando, fortaleciendo o restableciendo patrones previamente aprendidos del comportamiento o estableciendo nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos compensatorios.

Medicamento recetado se refiere a cualquier sustancia medicinal cuya etiqueta debe llevar la leyenda “RX only” (solo con receta médica) y estar aprobada por la FDA.

Autorización previa se refiere a la evaluación de los servicios solicitados para determinar la pertinencia desde el punto de vista médico antes de prestar ciertos servicios y atención por medio de este Plan.

Prótesis se refiere a dispositivos recetados destinados a reemplazar, de manera total o parcial, una extremidad o parte del cuerpo perdida, como un brazo o una pierna. Los beneficios cubiertos pueden limitarse al modelo apropiado de dispositivo protésico que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas de los Afiliados según lo determine el Médico del Afiliado.

Proveedor se refiere a un Hospital, Médico, Profesional de salud del comportamiento, otro Proveedor o cualquier otra persona, compañía o institución que brinde al Afiliado un artículo de servicio, suministro o medicamento cubierto por el Plan de salud.

Centro de hospitalización parcial/Tratamiento psiquiátrico diurno se refiere a un centro independiente que brinda un tratamiento estructurado durante no más de ocho horas en cualquier período de 24 horas después del cual el Afiliado puede irse. Estos centros tratan enfermedades mentales, adicción a medicamentos, abuso de sustancias, alcoholismo o Trastornos por consumo de sustancias, o se especializan en el tratamiento de Enfermedades mentales y Trastornos por consumo de sustancias concomitantes. The Joint Commission debe acreditar dichos centros.

Tratamientos correctivos se refiere a los procesos de restaurar o mejorar una función específica.

Centro de tratamiento residencial se refiere a una instalación (incluido un Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes) que ofrece un plan definido ^(T)_(SEP) de intervención terapéutica y programación especial en un entorno controlado que también ofrece un grado de seguridad, supervisión y estructura, y que está certificado por la autoridad estatal y local correspondiente para prestar dicho servicio. No incluye centros de reinserción social, programas de terapia en la naturaleza, vida supervisada, hogares grupales, casas de huéspedes ni otras instalaciones que proporcionen principalmente un entorno de apoyo y aborden las necesidades sociales a largo plazo, incluso si se brinda asesoramiento en dichas



instalaciones. Los pacientes son monitoreados médicamente con disponibilidad médica las 24 horas y servicio de enfermería en el lugar las 24 horas. El Plan de salud exige que cualquier instalación que ofrezca Atención de salud mental o programas de tratamiento de Trastornos por consumo de sustancias esté acreditado como centro de tratamiento residencial por el Council on Accreditation, The Joint Commission o la Asociación Estadounidense de Servicios Psiquiátricos para Niños.

Autoinyectables se refiere a los medicamentos que se inyectan por vía subcutánea o que están específicamente diseñados y que generalmente se acepta que sean autoinyectados, y que no requieren la supervisión directa de un profesional médico. Estos medicamentos serán definidos por el Comité de farmacia y de terapéutica de Curative.

Por Enfermedad Mental Grave (EMG) se entienden las siguientes enfermedades psiquiátricas definidas por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM): trastornos bipolares (hipomaníaco, maníaco, depresivo y mixto); depresión en la infancia y la adolescencia; trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente); (trastornos obsesivo-compulsivos); trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos; trastornos esquizo-afectivos (bipolares o depresivos); y esquizofrenia.

Centro de enfermería especializada se refiere a una institución que: Está acreditada por un programa de The Joint Commission como Centro de enfermería especializada o reconocida por Medicare como Centro de atención prolongada:

- No es un Centro de rehabilitación;
- Proporciona alojamiento, comida y atención de enfermería especializada las 24 horas del día por parte de personal de enfermería registrado titulado (RN, por sus siglas en inglés) o que esté bajo la supervisión de este, y
- No es una clínica, un Centro de reposo, un hogar de ancianos, un lugar para drogadictos o alcohólicos ni un lugar para recibir Cuidado supervisado.

Periodo de inscripción especial se refiere a un período de inscripción que se proporciona a los empleados o sus dependientes debido a circunstancias especiales como se explica en la disposición de Inscripción especial.

Telemedicina se refiere a una visita sincrónica e interactiva al consultorio de tu proveedor por medio de audio, video u otros medios electrónicos interactivos para recibir atención médica. El término incluye el uso de medios electrónicos para fines de diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación médica. El término no incluye servicios prestados por teléfono. Los servicios de atención médica no se excluirán únicamente en función de que se brinden por telemedicina y no en una consulta en persona.

Discapacidad total (totalmente incapacitado) se refiere a la incapacidad total de la persona para desempeñar todos los deberes y funciones sustanciales y principales de su ocupación y cualquier otra ocupación remunerada por la que reciba en esencia la misma compensación recibida antes de la discapacidad; y con respecto a cualquier otra persona cubierta por un plan de salud, el internamiento como paciente que permanece en un hospital.

Ecografía de mama se refiere a un procedimiento que se puede utilizar para determinar si un bulto es un quiste o una masa sólida.

Nosotros, Nos o Nuestro se refiere a Curative.



Revisión de la utilización se refiere a un sistema de revisión prospectiva y/o concurrente de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios de salud cubiertos que tu proveedor te está proporcionando actualmente o se propone proporcionarte. La revisión de la utilización no incluye las solicitudes electivas de aclaración de la cobertura por parte tuya. La revisión de la utilización proporciona:

- Revisión previa al tratamiento;
- Revisión concurrente;
- Planificación del alta; y
- Revisión retrospectiva

Visita virtual de urgencia al consultorio se refiere a una visita virtual al consultorio sincrónica e interactiva con un Médico de atención de urgencia disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año por medio de audio, video u otros medios electrónicos interactivos para recibir atención médica. El término incluye el uso de medios electrónicos para fines de diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y la educación médica.

Tú o Tu(s) se refiere a un Afiliado cubierto.



Curative AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES TENER ACCESO A ELLA. TE SUGERIMOS LEERLO DETENIDAMENTE.

Curative respeta la confidencialidad de tu información médica individual. Este Aviso describe cómo recopilamos, utilizamos y divulgamos la información de salud sobre ti y nuestras obligaciones relacionadas con tu información de salud, incluyendo cuándo podemos compartir esa información con otros. También te informa de tus derechos con respecto a tu información de salud y de cómo puedes ejercerlos. La HIPAA y otras leyes de privacidad de la información exigen que mantengamos la confidencialidad de la información de salud que te identifica, como la PHI, y la HIPAA nos obliga a proporcionarte este Aviso.

Este Aviso se aplica a Curative y a sus entidades afiliadas que operan bajo las mismas prácticas de privacidad.¹

Este Aviso entra en vigor el 1 de septiembre de 2022.

Nuestro compromiso con la privacidad de tu información de salud

Curative entiende que la información sobre ti y tu salud es personal, y nos comprometemos a proteger tu privacidad. Cuando te proporcionamos artículos y servicios, creamos pedidos y otros registros relativos a la atención médica que te proporcionamos, así como al pago de dicha atención médica. Hemos desarrollado políticas y procedimientos para garantizar que recopilamos y conservamos de forma confidencial la información que nos proporcionas. Este Aviso se aplica a todos los registros de atención médica y prácticas de información de salud nuestros y de cualquier tercero que nos ayude a proporcionarte artículos o servicios. Otro proveedor ajeno a Curative puede tener políticas o avisos diferentes en relación con el uso y la divulgación de la información sobre tu atención médica que haya creado.

¿Qué es la información de salud protegida (PHI)?

La PHI es la información que te identifica y que está relacionada con tu salud o condición física y mental pasada, presente o futura, con la atención médica que recibes o con el pago pasado, presente o futuro de tu servicio de atención médica. La PHI incluye tanto la información médica como la información que te identifica de forma individual, como tu nombre, dirección, número de teléfono o número de seguro social. Esta información la protegemos en formato electrónico, escrito o verbal.

Entendemos la importancia de proteger su PHI y restringir el acceso a los miembros autorizados de la fuerza laboral que necesitan esa información para su tratamiento, para fines de pago y para nuestras operaciones relacionadas con su atención médica. No divulgaremos su PHI sin su autorización, a menos que sea necesario para proporcionar sus beneficios de salud, administrar su plan de beneficios, apoyar los programas y servicios del Plan, o según lo requiera o permita la ley. Si necesitamos divulgar tu PHI, seguiremos las políticas descritas en el Aviso para proteger tu privacidad.

Cómo utilizamos su información de salud



La HIPAA y las leyes relacionadas nos permiten utilizar y divulgar tu información de muchas formas diferentes. A continuación se describen las distintas formas en que Curative puede utilizar y divulgar información sobre ti, incluyendo tu PHI. Si bien no enumeramos todos los usos o divulgaciones posibles, todas las formas en que podemos utilizar o divulgar tu información entrarán dentro de una de las categorías descritas:

- **Recordatorios de citas:** podemos divulgar su información de salud para recordarle las citas que tiene con sus proveedores o Curative.
- **Según lo autorices tú.** Si lo solicitas, utilizaremos o divulgaremos tu información de salud a ti o a otras personas que autorices a recibirla. Debes recordar que la información utilizada o divulgada con tu autorización puede perder su condición de protegida según la HIPAA.
- **Según lo requiera la ley:** podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Socios comerciales:** podemos usar o divulgar su información de salud a socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para esas funciones o servicios. Por contrato, exigimos a nuestros socios comerciales que protejan la privacidad de su información y que no utilicen ni divulguen su información de otra manera que no sea la especificada en nuestro contrato. Nuestros socios comerciales también están directamente sujetos a ciertas leyes federales de privacidad.
- **Notificación de incumplimiento de datos:** podemos utilizar su información de contacto para notificar la adquisición, el acceso o la divulgación no autorizados de su información de salud según lo requiera la ley.
- **Eventos y recaudación de fondos** - Podemos ponernos en contacto contigo para informarte sobre eventos y actividades, incluidos programas de recaudación de fondos. En caso de contactarte para estas actividades, la comunicación que recibas contendrá instrucciones sobre cómo puedes pedir que no nos volvamos a poner en contacto contigo para estos fines.
- **Operaciones de atención médica:** podemos utilizar y revelar tu información de salud a nuestros empleados o socios comerciales cuando sea necesario para el funcionamiento de nuestra empresa, con el fin de prestarte atención médica y prestaciones afines o de garantizar el pago de los artículos o servicios que te proporcionamos. También podemos utilizar o divulgar tu información de salud para desarrollar mejores servicios para ti. Nuestros empleados y socios comerciales sólo recibirán la información mínima necesaria para llevar a cabo sus funciones.
- **Amenaza a la salud o a la seguridad:** podemos usar o divulgar tu información de salud para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Beneficios y servicios de salud:** podemos usar o divulgar tu información de salud para comunicarnos contigo en relación con los beneficios y servicios que proporcionamos.
- **Actividades de supervisión de salud:** podemos usar o divulgar tu información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Esto puede incluir licencias, auditorías, investigaciones, inspecciones u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales de salud y el cumplimiento de los derechos civiles.



- **Aplicación de la ley:** podemos usar o divulgar tu información de salud a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Pleitos y litigios:** podemos utilizar o revelar tu información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa que te afecte. También podemos utilizar o revelar tu información de salud en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de algún otro implicado en el litigio, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarte de la solicitud (lo que puede incluir una notificación por escrito) o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Solicitudes de donación de órganos y tejidos:** podemos usar o divulgar tu información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- **Pago:** podemos usar o divulgar tu información de salud para tomar determinaciones de cobertura; para realizar u obtener pagos por tus artículos o servicios; y para determinar y cumplir con nuestra responsabilidad de proporcionar beneficios según tu Plan. También podemos usar o divulgar tu información de salud a otro plan de salud o proveedor de atención médica para coordinar las actividades de pago.
- **Personas involucradas con tu cuidado:** podemos usar o divulgar tu información de salud a una persona involucrada en tu atención o que te ayude con el pago de tu atención, como un familiar o amigo, siempre que estés de acuerdo con esta divulgación o te demos la oportunidad de objetar el uso o divulgación. Si no estás disponible o no puedes oponerte, usaremos nuestro mejor criterio para decidir si el uso o la divulgación es lo mejor para ti.
- **Representantes personales:** podemos usar o divulgar tu información de salud a una persona que esté legalmente autorizada para actuar en tu nombre. Esto podría incluir a un padre, tutor legal, administrador o albacea de tu patrimonio u otra persona autorizada por la ley aplicable. Trataremos a esta persona de la misma manera que te trataríamos a ti con respecto a tu información de salud; sin embargo, podemos negarnos a usar o divulgar información a un representante personal si creemos: (1) que eres (o puede ser) víctima de abuso o negligencia; (2) tratar a la persona como un representante personal podría ponerte en peligro; o (3) determinamos, a nuestro juicio razonable, que no es en tu mejor interés tratar a la persona como tu representante personal. También debes recordar que los padres y tutores legales generalmente son representantes de menores de edad, a menos que la ley permita que los menores actúen en su propio nombre y tomen sus propias decisiones médicas o de otro tipo.
- **Actividades de salud pública:** podemos utilizar o divulgar tu información de salud a una organización o autoridad de salud pública para actividades de salud pública, que pueden incluir, entre otras cosas, casos o riesgo de exposición o propagación de una enfermedad o afección o de defecto o retirada de productos o dispositivos.
- **Investigación:** podemos divulgar tu PHI con fines de investigación en virtud de reglas específicas determinadas por las disposiciones de confidencialidad de la ley aplicable. En algunas situaciones, la ley federal nos permite usar o divulgar tu información de salud para la investigación sin tu autorización, siempre que obtengamos la aprobación de una junta de revisión especial. Dicha investigación no afectará tu elegibilidad para beneficios, tratamiento o bienestar, y tu información de salud continuará protegida.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** podemos utilizar o divulgar tu información de salud para funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de



veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia y servicios de protección del Presidente y otros.

- **Tratamiento:** podemos utilizar o revelar tu información de salud a tu proveedor de atención médica para la coordinación del plan; para ayudarte a obtener los servicios y el tratamiento que puedas necesitar; o para coordinar tu atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir el uso o divulgación de tu información de salud para ponernos en contacto contigo sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan interesarte.
- **Suscripción:** no utilizaremos ni divulgaremos tu información de salud (específicamente, información genética) con fines de suscripción.
- **Víctimas de malos tratos:** podemos utilizar o revelar tu información de salud a las autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir información sobre víctimas de malos tratos, delitos o violencia doméstica, incluida una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Compensación de los trabajadores:** podemos utilizar o revelar tu información de salud a efectos de compensación de los trabajadores, según autoricen las leyes estatales que regulan las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o en la medida en que sea necesario para cumplirlas.

No podemos utilizar ni revelar tu información de salud para ningún otro fin que no sea el descrito en este Aviso sin solicitarte una autorización específica por escrito para revelar información con el fin especificado. Si nos das autorización para revelar tu información de salud confidencial, puedes revocar (cancelar) tu autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya hemos actuado basándonos en tu autorización. Para revocar una autorización, debes hacerlo por escrito a la dirección que se indica más abajo.

Conozca sus derechos con respecto a su información de salud

Tienes los siguientes derechos en relación con la información de salud que Curative mantiene sobre ti:

- **Derecho de modificación:** tienes derecho a solicitar que modifiquemos la información de salud que conservamos sobre ti si consideras que es incorrecta o está incompleta. Tu solicitud debe realizarse por escrito y exponer los motivos de la modificación solicitada. Si denegamos o denegamos parcialmente tu solicitud, puedes hacer que se añada a tu información sanitaria una declaración de tu desacuerdo o refutación. Las modificaciones (y cualquier refutación relacionada) pueden estar sujetas a divulgación a terceros cuando autorices el uso o divulgación de tu información de salud. Puedes enviar una solicitud de modificación a la dirección que se indica a continuación.
- **Derecho de inspección y copia:** tienes derecho a revisar y obtener una copia de la información de salud que podamos utilizar para tomar decisiones sobre ti, incluyendo tus historiales médicos y de seguros. En algunos casos, también puedes recibir un resumen de esta información de salud. Debes presentar una solicitud por escrito para revisar y copiar tu información de salud, y puedes enviar tu solicitud a la dirección que se indica a continuación. En determinadas circunstancias, podemos denegar tu solicitud de inspeccionar o copiar tu información de salud, en cuyo caso, puedes solicitar que la denegación sea revisada por un profesional de atención médica autorizado que no esté directamente implicado en la denegación de tu solicitud. Podemos cobrarte una tarifa



razonable por los gastos de copia, envío por correo u otros suministros relacionados con tu solicitud.

- **Derecho a ser notificado de una infracción:** tienes derecho a ser notificado si nosotros, o un socio comercial que nos ayude, tenemos conocimiento de una infracción de la información de salud no protegida que dé lugar a un uso o divulgación indebidos sobre ti. Te daremos dicha notificación de acuerdo con las leyes estatales o federales aplicables.
- **Derecho a recibir una relación de las divulgaciones:** tienes derecho a recibir una relación de determinadas divulgaciones de tu información de salud. Se trata de una lista de las divulgaciones realizadas por nosotros durante los 6 años anteriores a tu solicitud. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas: (1) antes del periodo de 6 años; (2) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (3) a tu persona en virtud de tu autorización; (4) a amigos y familiares en tu presencia o debido a una emergencia; (5) a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; y (6) otras divulgaciones para las que la legislación federal no nos obliga a proporcionar esta lista. Debes presentar tu solicitud por escrito e indicar el periodo de tiempo durante el cual deseas recibir la relación, que no puede ser superior a 6 años. Podemos darte la lista impresa o en formato electrónico. La primera contabilidad que solicites en un periodo de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarte por responder a cualquier solicitud adicional en ese mismo periodo de tiempo. Te informaremos de los costos antes de cobrarte algo.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** puedes solicitar recibir comunicaciones confidenciales sobre tu estado de salud o que te proporcionemos tu información sanitaria de una determinada manera o en un determinado lugar. Debes realizar dicha solicitud por escrito y especificar cómo o dónde debemos ponernos en contacto contigo. Puedes enviar tu solicitud a la dirección que aparece más adelante. No te preguntaremos el motivo de tu solicitud, y atenderemos tus peticiones razonables de recibir comunicaciones de información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos si indicas claramente que la divulgación de toda o parte de tu información de salud podría ponerte en peligro.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso:** tienes derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicitas, aunque hayas aceptado recibirlo electrónicamente. Puedes pedirnos una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.
- **Derecho a solicitar restricciones:** tienes derecho a restringir o limitar el uso o la divulgación de tu información de salud para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También tienes derecho a solicitar que limitemos la información de salud que revelamos a alguien que participe en tu atención médica o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Tu solicitud de restricción debe presentarse por escrito e indicar la restricción específica solicitada. No estamos obligados a acceder a tu solicitud, salvo que lo requiera la ley. Si estamos de acuerdo con tu solicitud de restricción, lo haremos por escrito, y cumpliremos tu petición a menos que la información sea necesaria en una situación de emergencia o por requerimiento legal. Podemos poner fin a una restricción no obligatoria si te lo comunicamos, y si lo hacemos, la falta de restricción solo afectará a tu información de salud creada o recibida después de que te lo notifiquemos. Para solicitar restricciones, debes realizar tu solicitud por escrito y enviarla a la dirección que se indica a continuación. Tu solicitud debe incluir: (1) la información que quieres limitar; (2) si quieres limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién quieres que se apliquen los límites.
- **Verificación de tu identidad para tu protección:** para tu protección, podemos verificar tu identidad siempre que tengas preguntas sobre tu tratamiento o actividades de pago.



Verificaremos tu identidad siempre que recibas solicitudes de acceso, copia, o modificación de tus registros, o para obtener una lista de las divulgaciones de tu información de salud.

Cambios en este Aviso

Curative cumplirá con los términos de este Aviso. Sin embargo, Curative se reserva el derecho de cambiar este Aviso y nuestras Prácticas de Privacidad, para que dichos cambios sean efectivos para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Cuando realicemos cambios materiales a este Aviso y a nuestras Prácticas de Privacidad, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso revisado en el momento requerido y de la manera permitida por la ley.

Cómo contactar con nosotros

Puede comunicarse con nosotros: (1) para comunicaciones confidenciales o para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial anterior; (2) para una copia de sus registros; (3) para modificaciones a sus registros, (4) para otros derechos como se describe en este Aviso; o (5) para informarnos que algo anda mal, en la siguiente dirección:

A la atención de: Director de Privacidad
Curative
P. O. Box 1786
Austin, TX 78767
privacy@curative.com

Puede realizar consultas verbales para cualquiera de los puntos (1) a (3) anteriores llamándonos al 855-428-7284. Sin embargo, en la medida de lo posible, le pedimos que se comunique con nosotros por escrito y es posible que le pidamos que complete y nos envíe un formulario que le proporcionaremos.

Si algo no está bien, avísanos de inmediato

Si crees que Curative ha violado tus derechos de privacidad, puedes presentar una queja: (1) con nosotros en la dirección o el número de teléfono indicados anteriormente; (2) por correo a U.S. Department of Health & Human Services, Centralized Case Management Operations, 200 Independence Avenue SW, Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201; (3) por teléfono a la OCR en el 877.696.6775; o (4) por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov o a través del [Portal en línea de la OCR](#).

Debe presentar todas las quejas por escrito. **Curative no tomará represalias contra usted ni lo penalizará por ejercer sus derechos o presentar una queja.**

Reconociendo este aviso

Al completar su parte del proceso de inscripción con Curative y acceder a este Aviso a través de ese proceso, usted reconoce haber recibido y comprendido este Aviso y acepta afirmativamente el uso y divulgación de su información de salud como se describe en este Aviso.

Cambios en este Aviso



Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso actualmente vigente. Podemos cambiar nuestras Prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Podemos, a nuestra discreción, hacer efectivas las nuevas condiciones para toda tu PHI que conservemos, incluida cualquier PHI que hayamos creado o recibido antes de emitir el nuevo Aviso. Cuando hagamos cambios significativos en nuestras Prácticas de Privacidad, cambiaremos este Aviso y lo publicaremos en nuestro sitio web en www.curative.com.

Fecha de vigencia del aviso: octubre de 2022

¹ A efectos de este Aviso, Curative opera como un "Organized Healthcare Arrangement" u "OHCA" según la HIPAA. Esto significa que "Curative" incluye -y este Aviso se aplica a- (1) Curative Insurance Company; (2) Curative Medical Austin PLLC; (3) Curative Pharmacy LLC; (4) Curative Labs Inc; (5) Curative Inc; (6) Curative Health Holdings Inc; (7) Curative MSO LLC; y (8) Curative Administrators LLC.