

Peña Employee Benefits

Licensed Benefit Consultant
Matthew Gardner
480-451-1015

For all benefits available from:
November 1st 2022 – October 31st 2023



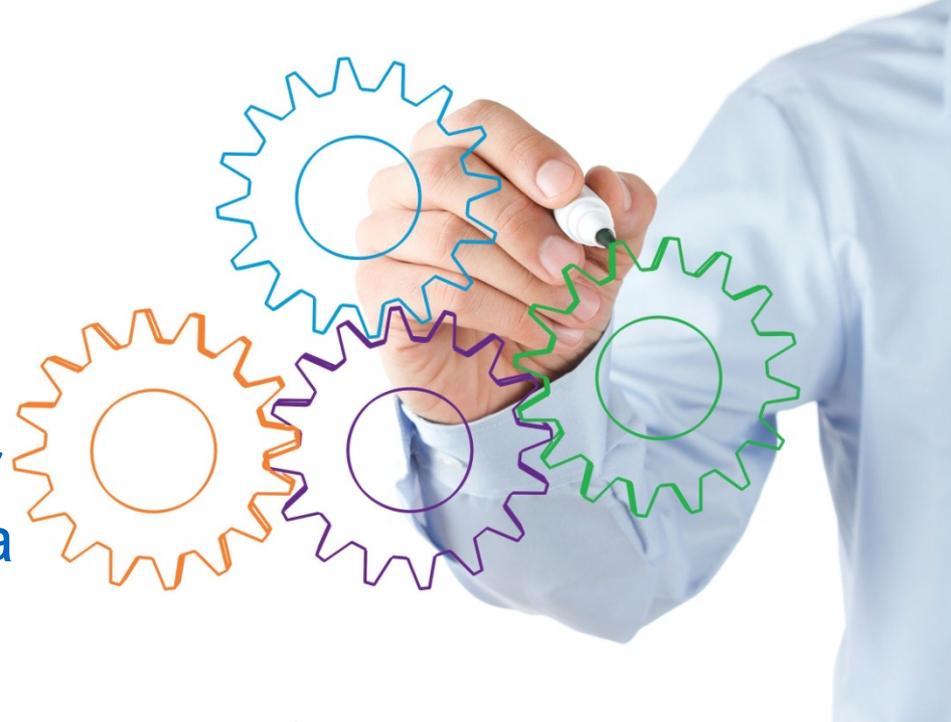
PEÑA FAMILY LLC.

health
markets®

El mejor para su presupresto!

Entiendo sus necesidades y tambien las de su familia.

Nosotros combinamos diferentes seguros para tener el mejor nivel de cobertura para su presupresto.



Medico



Suplementario



Vida



Incapacidad



Cuidado Largo
Termino



Medicare



Salud & Bienestar



Asociacion



Retiro

Medical Plan Options

1

Humana



Humana NPOS 21 On Hand/10050

DD	PPO	N/A
Doctor Visit	No Charge - Telehealth	
Specialist Visit	No Charge - Telehealth	
X-ray/Lab	CYD, 0%	
Imaging	CYD, 0%	
Urgent Care	CYD, 0%	
Emergency Room	CYD, 0%	
Hospital Stay	CYD, 0%	
Coinsurance		
Prescription Drugs \$5/5/0/0/0		
Deductible - Indiv / Family \$7,900 / \$15,800		
Out-of-Pocket Max - Indiv / Family \$7,900 / \$15,800		

GAP included!

TransConnect \$6,000



Inpatient Benefit	\$6,000
Outpatient Benefit, Inpatient Physician, ER	\$3,000

2

Humana



Humana NPOS 16 COPAYF/5050

X	PPO	N/A
Doctor Visit	\$40	
Specialist Visit	\$65	
X-ray/Lab	CYD, 50%	
Imaging	CYD, 50%	
Urgent Care	\$100	
Emergency Room	CYD, 50%	
Hospital Stay	CYD, 50%	
Coinsurance 50%		
Prescription Drugs \$10/40/70/25%		
Deductible - Indiv / Family \$6,000 / \$12,000		
Out-of-Pocket Max - Indiv / Family \$7,900 / \$15,800		

GAP included!

TransConnect \$6,000



Inpatient Benefit	\$6,000
Outpatient Benefit, Inpatient Physician, ER	\$3,000

Transamerica Gap

- ▶ **Beneficios para pacientes internados en el Hospital \$6,000**
- ▶ Su poliza pagara beneficios para su estadia en el hospital y procedimientos de pacientes internados.
- ▶ Los cargos del doctor para pacientes internados y tambien cuidando rutina para la guarderia para menores de edad
- ▶ La compania decide su calendario para sus maximo beneficios
- ▶ (Multiplicado por tres para asegura a la familia).
- ▶ **Beneficios para pacientes ambulatorio en el Hospital \$3,000**
- ▶ Su poliza tambien pagara beneficios (separados de durante tu estadia en el hospital) para:
 - ▶ >> Examenes diagnostico de radiologia para pacientes ambulatorio o una clinica de imagen de resonancia magnetica
 - ▶ >> Radioterapia o quimioterapia autorizada por un radiologo,
 - ▶ Quimioterapeuta, o un oncologo por pacientes ambulatorio de tratamientos de cancer
 - ▶ >> Cirugia ambulatorio realizada en una hospital, una clinica de cirugia ambulatorio, o oficina de doctor
 - ▶ >> Resonancia Magnetica, Tomografia Computarizada, Positron emission tomography, diagnostico de ultrasonido, examenes de electrocardiograma (EKG)
- ▶ Realizada en la oficina de doctor (no incluidas rayos-x y tarifa de laboratorio)
- ▶ >> Cauterizacion de cardiaco y examenes de estres
- ▶ >> tratamientos de lesion por accidente en una sala de emergencias o un centro de atencion de urgencias
- ▶ >> Los cargos de emergencias por enfermedad si es admitido en el hospital
- ▶ **Beneficios de Ambulancia**
- ▶ Este beneficio pagara hasta \$350 del ano por transportacion ambulancia de tierra o aire
- ▶ Proveido de una compania autorizado y profesional dentro de 72 horas de una accidente o si usted esta
- ▶ hospitalizado por enfermedad requerie de transportacion

Plan 1 – On Hand Humana

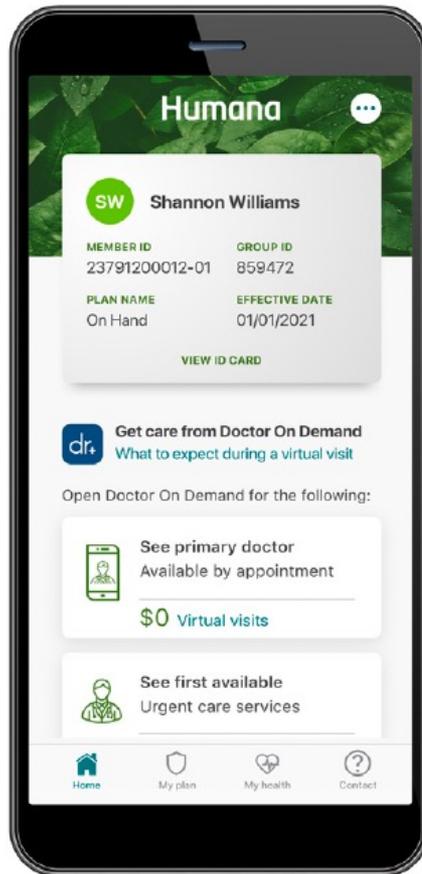
Plan médico

On Hand

Los afiliados de On Hand® tienen acceso a consultas virtuales ilimitadas por \$0 con médicos de cuidado primario, psiquiatras y terapeutas especialistas certificados y residentes en los EE. UU. a través de Doctor On Demand®. Haga una videollamada con su médico utilizando la aplicación móvil On Hand, una tableta o una computadora para sus necesidades de cuidado de la salud preventivo, rutinario, de urgencia y de salud mental, en cualquier momento y en cualquier lugar de los EE. UU.



Plan 1 – On Hand Humana



Cuidado médico diario al alcance de su mano con la aplicación On Hand

Doctor On Demand puede ayudarle con una amplia variedad de sus necesidades diarias de cuidado de la salud y de salud mental, como:

- ✓ Exámenes médicos anuales
- ✓ Resfriados, influenza y COVID-19
- ✓ Faringitis estreptocócica
- ✓ Afecciones estomacales
- ✓ Afecciones cutáneas
- ✓ Infecciones del tracto urinario
- ✓ Y más

Plan 1 – On Hand

Esto es lo que está incluido con On Hand:

- **Cuidado de la salud preventivo, rutinario, de urgencia y de salud mental ilimitado y virtual** por \$0 con Doctor On Demand
- **Kit de cuidado** que se enviará a su hogar una vez que se registre en la aplicación On Hand y que consta de un brazaletes de presión arterial, un termómetro y un oxímetro de pulso para ayudar a su médico a diagnosticar y controlar su salud
- **Comparación de precios de medicamentos recetados** y acceso a GoodRx®
- **Pague solo \$5 por más de 1,400 medicamentos recetados y pruebas de laboratorio comunes**
- **La aplicación móvil On Hand le brinda acceso a su tarjeta de identificación**, beneficios del plan, historial de reclamaciones, precios de medicamentos recetados y Doctor On Demand, todo en un solo lugar
- **Cuidado preventivo en persona sin costo adicional** para consultas de niño sano y consultas de salud de la mujer y del hombre
- **Equipo de cuidado médico de servicio integral** para programar todas las citas, lo que incluye ayuda para encontrar un especialista y coordinar el cuidado médico
- **Cuando necesite ver a un médico en persona**, usted pagará un copago o un porcentaje de los costos de un servicio de cuidado de la salud cubierto después de alcanzar el deducible, según el plan



Dental - Vision - Life

Dental Plan

1

Humana



Humana PPO 100/80/50IN 80/50/50OUT INFS + Unlimited

PPO

Preventive / Basic / Major	100% / 80% / 50%
Endodontics	80% Basic
Periodontics	80% Basic
Deductible - Individual	\$50
Deductible - Family	\$150
Annual Maximum	Unlimited
Ortho Maximum - None	Not Covered
OON Reimbursement	MAC
Composite Filling	Not Covered
Implants	Not Covered
Waive Preventive Annual Max	No

Vision

1

Humana



Humana GN HUMANA VISION \$10/15 COPAY \$130 FRAME ALLOW \$130 CONTACT ALLOW

INSIGHT

Exams	12 months / \$10 copay
Lenses	12 months / \$130
Frames	24 months / \$130

Life Insurance

1

Humana



Humana BASIC LIFE/AD&D 2012 \$25,000

Life Benefit	\$25,000
AD&D Benefit	\$25,000

Employee Premiums *Per Paycheck (Weekly)

Medical: Humana

Plan 1 On Hand

	Employee Cost	
Employee	No Cost	
Employee/ Spouse	\$	93.86
Employee/ Child(ren)	\$	81.21
Family	\$	199.63

Plan 2 Humana Buy Up

	Employee Cost	
Employee	\$	20.57
Employee/ Spouse	\$	134.99
Employee/ Child(ren)	\$	120.29
Family	\$	265.44

Dental: Humana

	Employee Cost	
Employee	No Cost	
Employee/ Spouse	\$	9.34
Employee/ Child(ren)	\$	14.48
Family	\$	23.81

Vision: Humana

	Employee Cost	
Employee	No Cost	
Employee/ Spouse	\$	1.50
Employee/ Child(ren)	\$	1.35
Family	\$	2.99

Life Insurance: Humana \$25,000

	Employee Cost	
Employee	No Cost	

*all rates are based on final enrollment

El Siguiente Pasos

- ▶ Si no haces nada, se inscribi en el primer plan de Seguro de Medico, Seguro de Brecha, Dental, Vision y Seguro de Vida. Solo empleados y la fecha efectiva es 11-01-2022.
- ▶ Llama Olga 480-912-1199 o por el correo electronico ofelix@penafamllc.com antes del martes 27 de Septiembre.
 - Si quieres incluir los conyuges y/o otros dependientes
 - Si quieres inscribirse en el Segundo plan de Seguro medico y incluir los conyuges y/o otros dependientes
 - Si NO es esta interesado en el Seguro
 - Necesita tener Medicaid, AHCCCS, Medicare o cobertura con tu conyuges



480-524-1015

Licensed Benefit Consultant
Matthew Gardner
mgardner@healthmarkets.com

Licensed Executive Assistant
Robin Chase
rchase@healthmarkets.com



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.groupcertificate.humana.com o llame al 1-866-4ASSIST (427-7478). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar a 1-866-4ASSIST (427-7478) para solicitar una copia.**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: Individual \$7,900 / Familiar \$15,800 Fuera de la red: Individual \$31,600 / Familiar \$63,200	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	<u>Proveedores de la red</u> : Sí. Servicios preventivos y ciertos medicamentos con receta. <u>Proveedores fuera de la red</u> : No.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: Individual \$7,900 / Familiar \$15,800 Fuera de la red: Individual \$36,600 / Familiar \$73,200	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos directos del bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluyen los <u>gastos directos del bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos del <u>saldo de facturación</u> , servicios de cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre, penalidades por no obtener preautorización para servicios, trasplante fuera de la red, <u>medicamentos con receta</u> fuera de la red, <u>medicamentos especializados</u> fuera de la red, terapia celular de efector inmune fuera de la red.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .

<p>¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u>?</p>	<p>Sí. Consulte www.humana.com/directories o llame al 1-866-4ASSIST (427-7478) para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u>.</p>	<p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u>. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u>, y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.</p>
<p>¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?</p>	<p>No.</p>	<p>Usted puede ver al <u>especialista</u> que escoja sin un <u>referido</u>.</p>



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita virtual a proveedores preferidos de la red: Sin cargo; no se aplica deducible Visita de atención primaria y visita virtual a proveedores de la red: Sin cargo después del deducible	Visita de atención primaria y visita virtual a proveedores de la red: Coseguro de 50%	Ninguno.
	Visita al <u>especialista</u>	Sin cargo después del deducible	Coseguro de 50%	Ninguno.
	<u>Atención preventiva</u> / <u>prueba de detección</u> / vacunas	Sin cargo; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Estudios de imágenes: Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.humana.com/2022-Rx5-Blended	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos de bajo costo	<u>Copago</u> de \$5/receta (minorista); no se aplica <u>deducible</u> <u>Copago</u> de \$12.50/receta (pedido por correo); no se aplica <u>deducible</u>	Coseguro de 50% (minorista) Coseguro de 50% (pedido por correo)	Suministro para 30 días (minorista) Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
	Nivel 2: Medicamentos genéricos de bajo costo	<u>Copago</u> de \$5/receta (minorista); no se aplica <u>deducible</u> <u>Copago</u> de \$12.50/receta (pedido por correo); no se aplica <u>deducible</u>	Coseguro de 50% (minorista) Coseguro de 50% (pedido por correo)	Suministro para 90 días (pedido por correo) Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genericos de alto costo	Sin cargo después del <u>deducible</u> (minorista) Sin cargo después del <u>deducible</u> (pedido por correo)	Coseguro de 50% (minorista) Coseguro de 50% (pedido por correo)	Suministro para 30 días (minorista) Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genericos de alto costo	Sin cargo después del <u>deducible</u> (minorista) Sin cargo después del <u>deducible</u> (pedido por correo)	Coseguro de 50% (minorista) Coseguro de 50% (pedido por correo)	Suministro para 90 días (pedido por correo) Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
	Nivel 5: Medicamentos de mayor costo / alta tecnología y la mayoría de los medicamentos especializados.	Farmacia especializada de la red: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50% (minorista)	Suministro para 30 días Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible de la red</u>	Ninguno.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible de la red</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Ninguno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Terapia: Sin cargo después del <u>deducible</u> . Sevicios ambulatorios no quirurgicos: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Terapia y sevicios ambulatorios no quirurgicos: Coseguro de 50%	Ninguno.
	Servicios internos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	La atención de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Terapias física, del habla, ocupacional, cognitiva y auditiva: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Terapias física, del habla, ocupacional, cognitiva y auditiva: Coseguro de 50%	Ninguno.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Terapias física, del habla, ocupacional y auditiva: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Terapias física, del habla, ocupacional y auditiva: Coseguro de 50%	Ninguno.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	60 días por año. Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Excluyen modificaciones para vehículos y casas, equipamiento para cuarto de baño y ejercicio. Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Coseguro de 50%	Se puede requerir <u>autorización previa</u> ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica. • Consulta dental para niños. • Examen de la vista para niños. • Anteojos para niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad. • Atención médica a largo plazo. • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE.UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería. • Atención ocular rutinaria (adultos). • Atención rutinaria de los pies. • Programas para bajar de peso.
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura, si es prescrita por un médico. • Atención quiropráctica, las manipulaciones a la columna están cubiertas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería, mientras esté hospitalizado. • Cirugía cosmética, si es para corregir un impedimento funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos, 1 audífono por oído por año. • Atención dental (adultos), si es por lesión de un diente natural sano.

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es:

- espanol.humana.com o 1-866-4ASSIST (427-7478)
- Para la cobertura de salud sujeta a ERISA, puede contactarse con Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, puede contactar al Center for Consumer Information and Insurance Oversight del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en <http://www.cciio.cms.gov>.
- Si su cobertura es un plan de la iglesia, los planes de la iglesia no están cubiertas por las reglas federales de continuación de cobertura COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben contactar a su regulador estatal de seguros con respecto a sus posibles derechos de continuación de cobertura bajo la ley del estado.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- espanol.humana.com o 1-866-4ASSIST (427-7478).
- Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
- Arizona Department of Insurance and Financial Institutions: 602-364-2499 o 800-325-2548 (fuera de Phoenix) o <https://difi.az.gov/insurance>

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-4ASSIST (427-7478) (TTY: 711).

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:

 **Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#), y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención pre-natal en la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$7,900	■ El deducible general del plan	\$7,900	■ El deducible general del plan	\$7,900
■ Coseguro al especialista	0%	■ Coseguro al especialista	0%	■ Coseguro al especialista	0%
■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	0%	■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	0%	■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%	■ Otro coseguro	0%	■ Otro coseguro	0%
Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al especialista (<i>atención prenatal</i>) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>) Visita al especialista (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico primario (<i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>) Pruebas diagnósticas (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)	
Costo total hipotético	\$12,700	Costo total hipotético	\$5,600	Costo total hipotético	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$7,900	Deducibles	\$5,000	Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0	Copagos	\$20	Copagos	\$0
Coseguro	\$0	Coseguro	\$0	Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$7,960	El total que Joe pagaría es	\$5,040	El total que Mia pagaría es	\$2,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.groupcertificate.humana.com o llame al 1-866-4ASSIST (427-7478). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar a 1-866-4ASSIST (427-7478) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: Individual \$6,000 / Familiar \$12,000 Fuera de la red: Individual \$18,000 / Familiar \$36,000	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Proveedores de la red: Sí. Servicios preventivos, ciertas visitas al consultorio, atención en la sala de emergencias , atención de urgencia , medicamentos con receta y ciertas terapias. Proveedores fuera de la red: Sí. Atención en la sala de emergencias y medicamentos con receta .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado la cantidad del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red: Individual \$7,900 / Familiar \$15,800 Para proveedores fuera de la red: Individual \$23,700 / Familiar \$47,400	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos directos del bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos directos del bolsillo familiar general.
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo ?	Primas , cargos del saldo de facturación , servicios de cuidado de la salud que este plan no cubre, penalidades por no obtener preautorización para servicios, trasplante fuera de la red, medicamentos con receta fuera de la red, medicamentos especializados fuera de la red, terapia celular de efector inmune fuera de la red.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.humana.com/directories o llame al 1-866-4ASSIST (427-7478) para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que escoja sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita de atención primaria y servicios de telemedicina o telesalud: Copago de \$40/visita al consultorio; no se aplica deducible	Visita de atención primaria y servicios de telemedicina o telesalud: Coseguro de 50%	Ninguno.
	Visita al especialista	Copago de \$65/visita; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	Ninguno.
	Atención preventiva / prueba de detección / vacunas	Sin cargo; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos . Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	El costo compartido puede variar según el lugar donde se presta el servicio.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Estudios de imágenes: Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.humana.com/2022-Rx4/	Nivel 1: Medicamentos genéricos y de marca con el costo más bajo	Copago de \$10/receta; no se aplica deducible (minorista) Copago de \$25/receta; no se aplica deducible (pedido por correo)	Coseguro de 30%, después del copago de \$10/receta (minorista); no se aplica deducible Coseguro de 30%, después del copago de \$25/receta (pedido por correo); no se aplica deducible	Suministro para 30 días (minorista) Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
	Nivel 2: Medicamentos genéricos y de marca con un costo más alto	Copago de \$40/receta; no se aplica deducible (minorista) Copago de \$100/receta; no se aplica deducible (pedido por correo)	Coseguro de 30%, después del copago de \$40/receta (minorista); no se aplica deducible Coseguro de 30%, después del copago de \$100/receta (pedido por correo); no se aplica deducible	Suministro para 90 días (pedido por correo) Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.
	Nivel 3: Medicamentos de alto costo, principalmente de marca	Copago de \$70/receta; no se aplica deducible (minorista) Copago de \$175/receta; no se aplica deducible (pedido por correo)	Coseguro de 30%, después del copago de \$70/receta (minorista); no se aplica deducible Coseguro de 30%, después del copago de \$175/receta (pedido por correo); no se aplica deducible	
	Nivel 4: Medicamentos con el costo más alto	Coseguro de 25%; no se aplica deducible (minorista) Coseguro de 25%; no se aplica deducible (pedido por correo)	Coseguro de 30%, después del coseguro de 25% (minorista); no se aplica deducible Coseguro de 30%, después del coseguro de 25% (pedido por correo); no se aplica deducible	
	Medicamentos especializados	Farmacia especializada preferida de la red: Coseguro de 25%; no se aplica deducible Farmacia especializada de la red: Coseguro de 35%; no se aplica deducible	Coseguro de 50%; no se aplica deducible	Suministro para 30 días Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, el afiliado es responsable del 100% del costo del medicamento.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$350/visita; no se aplica deducible	Copago de \$350/visita; no se aplica deducible	Atención en la sala de emergencias : El copago queda eximido en caso de admisión.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro de 50%	Coseguro de 50% después del deducible de la red	
	Atención de urgencia	Copago de \$100/visita; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Ninguno.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Terapia: Copago de \$40/visita; no se aplica deducible Otros servicios ambulatorios: Coseguro de 50%	Terapia y otros servicios ambulatorios: Coseguro de 50%	Ninguno.
	Servicios internos	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica deducible	Coseguro de 50%	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos .
	Servicios de parto profesionales	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, deducible o coseguro .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	La atención de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Servicios de rehabilitación	Terapias física, del habla, ocupacional, cognitiva y auditiva: Copago de \$65/visita; no se aplica deducible	Terapias física, del habla, ocupacional, cognitiva y auditiva: Coseguro de 50%	Terapias: Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Servicios de habilitación	Terapias física, del habla, ocupacional y auditiva: Copago de \$65/visita; no se aplica deducible	Terapias física, del habla, ocupacional y auditiva: Coseguro de 50%	Terapias física, del habla, ocupacional, cognitiva y auditiva: <u>Dentro de la red</u> , 60 visitas combinadas por año. <u>Fuera de la red</u> , 10 visitas combinadas por año. Los límites para visitas dentro y fuera de la red se reducen recíprocamente.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Límite de 60 días por año. Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.
	Equipo médico duradero	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa , si no se obtiene, la penalidad será del 50%. Excluyen modificaciones para vehículos y casas, equipamiento para cuarto de baño y ejercicio.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Se puede requerir autorización previa ; si no se obtiene, la penalidad será del 50%.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica. • Consulta dental para niños. • Examen de la vista para niños. • Anteojos para niños. | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad. • Atención médica a largo plazo. • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE.UU. • Atención ocular rutinaria (adultos). | <ul style="list-style-type: none"> • Atención rutinaria de los pies. • Programas para bajar de peso. |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura, si es prescrita por un médico. • Atención quiropráctica, las manipulaciones a la columna están cubiertas. | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética, si es para corregir un impedimento funcional. • Atención dental (adultos), si es por lesión de un diente natural sano. | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos, 1 audífono por oído por año. • Servicio privado de enfermería mientras esté hospitalizado. |
|--|--|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es:

- espanol.humana.com o 1-866-4ASSIST (427-7478)
- Para la cobertura de salud sujeta a ERISA, puede contactarse con Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, puede contactar al Center for Consumer Information and Insurance Oversight del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en <http://www.cciio.cms.gov>.
- Si su cobertura es un plan de la iglesia, los planes de la iglesia no están cubiertas por las reglas federales de continuación de cobertura COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben contactar a su regulador estatal de seguros con respecto a sus posibles derechos de continuación de cobertura bajo la ley del estado.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- espanol.humana.com o 1-866-4ASSIST (427-7478).
- Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
- Arizona Department of Insurance (Departamento de Seguros de Arizona): 602-364-2499 o 800-325-2548 (fuera de Phoenix) o www.insuranc.az.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-4ASSIST (427-7478) (TTY:711).

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#), y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago al especialista	\$65
■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$6,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$7,960

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago al especialista	\$65
■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,520

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias fuera de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago al especialista	\$65
■ Coseguro del Hospital (instalaciones)	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Pruebas diagnósticas (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,200
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,000

**Si acude a un proveedor
DE LA RED**

**Si acude a un proveedor FUERA
DE LA RED**

Deducible por año calendario

(excluye ortodoncia)

Individual
\$50

Familiar
\$150

Individual
\$50

Familiar
\$150

El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.

Máximo anual por año calendario

(excluye ortodoncia)

Sin límite

Servicios preventivos

- Exámenes bucales de rutina (3 por año)
- Radiografías de mordida (2 para menores de 10 años, hasta 4 a partir de los 10 años)
- Limpiezas de rutina (3 por año)
- Limpieza periodontal (4 por año)
- Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 16 años)
- Selladores (molares permanentes, hasta los 16 años)
- Mantenedores de espacio(dientes primarios, hasta los 15 años)
- Prueba de detección de cáncer bucal (1 por año, a partir de los 40 años)

100% sin deducible

80% sin deducible

Servicios básicos

- Atención de emergencia para alivio del dolor
- Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales)
- Amalgamas de resina compuesta (1 por diente cada 2 años, molares)
- Cirugía bucal (extracciones de dientes, incluidos dientes impactados)
- Coronas de acero inoxidable
- Aparatos para evitar hábitos perjudiciales (1 de por vida, hasta los 14 años)
- Periodoncia (raspado/alisado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años)
- Endodoncia (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)

80% después del deducible

50% después del deducible

Servicios mayores

- Coronas (1 por diente cada 5 años)
- Incrustaciones y onlays (1 por diente cada 5 años)
- Puentes (1 por diente cada 5 años)
- Dentaduras (1 por diente cada 5 años)

50% después del deducible

50% después del deducible

Si acude a un proveedor DE LA RED

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED

- Revestimiento/rebasado de dentaduras (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Reparación y ajustes de dentaduras postizas (después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Servicios Relacionados con Implantes (1 cada 5 años limitado a coronas, puentes y dentaduras. La cobertura se limita al costo equivalente de un servicio que no sea de implantes. El implante en sí no se cubre.)

Servicios de ortodoncia

Los afiliados pueden recibir hasta un 20% de descuento en servicios no cubiertos. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay disponible algún descuento para servicios no cubiertos.

El dentista no participante puede fracturarle por el saldo excedente a la cantidad que Humana Dental cubre. Para asegurarse de que no tenga que pagar cargos adicionales, visite un dentista participante de la red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura de los cargos que excedan los de la tabla de tarifas negociadas para los servicios cubiertos. Si un afiliado consulta a un dentista fuera de la red, el coaseguro se aplicará a la tarifa máxima para un servicio cubierto, que puede basarse en la de uno o más proveedores en su área geográfica. El dentista no participante puede fracturarle por el saldo excedente a la cantidad que su plan dental cubre.

Períodos de espera

Patrocinados por empleador: para 5 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación	Preventivo	Básico	Mayor	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No	No disponible



¿Tiene preguntas?

Solo llame al 1-800-233-4013 para hablar con un amable y experto representante de atención al cliente o acuda a **Humana.com**.

Siéntase bien al elegir un plan de Humana Dental

Dele prioridad a sus visitas dentales

Limpiezas dentales periódicas pueden ayudarle a controlar problemas físicos como enfermedades cardíacas, diabetes y derrame cerebral. Su plan PPO de Humana Dental se enfoca en la prevención y el diagnóstico temprano, y le brinda tres limpiezas rutinarias o cuatro limpiezas periodontales, junto con tres exámenes periódicos rutinarios por año calendario.

* www.perio.org

Acuda en Internet a MyDentalIQ.com

Tome una evaluación de riesgos de salud que inmediatamente califique sus conocimientos sobre la salud dental. Usted recibirá un plan de acción personalizado con consejos de salud. Puede imprimir una copia de sus resultados para compartírselos con su dentista durante su próxima visita.

Para mantener una boca saludable:

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepílese los dientes por lo menos dos veces al día durante dos minutos
- Use el hilo dental todos los días
- Esté alerta ante las señales de enfermedad periodontal como, encías muy rojas, hinchadas o sensibles
- Visite periódicamente a su dentista para exámenes y limpiezas

¿Sabía que 74% de los estadounidenses adultos considera que una sonrisa poco atractiva puede reducir las posibilidades de que una persona tenga éxito en su profesión?* Humana Dental le ayuda a sentirse bien sobre su salud dental y poder sonreír con confianza.

* Academia Americana de Odontología Cosmética

Los planes grupales dentales de Humana se ofrecen por Humana Insurance Company, HumanaDental Insurance Company, Humana Insurance Company of New York, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc., Humana Medical Plan of Utah, CompBenefits Company, CompBenefits Dental, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. or DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits). En Arizona, los planes dentales grupales están asegurados por Humana Insurance Company. En New Mexico, los planes dentales grupales están asegurados por Humana Insurance Company.

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

Use sus beneficios de Humana Dental

Busque un dentista

Con el plan PPO de Humana Dental, puede visitar a cualquier dentista. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de la red PPO de Humana Dental. Para buscar un dentista de la red PPO de Humana Dental, inicie sesión en **Humana.com** o llame al 1-800-233-4013.

Conozca lo que cubre su plan

La próxima página desglosa sus beneficios de Humana Dental. Su certificado del plan describe sus beneficios de Humana Dental, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Puede encontrarlo en MyHumana, su página personal en **Humana.com** llame al 1-800-233-4013.

Vaya al dentista

Su tarjeta de identificación de Humana Dental contiene toda la información que su dentista necesita para presentar sus reclamaciones. Asegúrese de mostrarla en el consultorio cuando vaya a sus citas. Si no tiene una tarjeta, puede imprimir un comprobante de cobertura en **Humana.com**.

Conozca lo que pagó su plan

Después que Humana Dental procese su reclamación, usted recibirá una explicación de beneficios o recibo. Allí se proporciona información detallada de los servicios dentales cubiertos y las cantidades pagadas, además de lo que debe al dentista. También puede consultar el estado de su reclamación en MyHumana en **Humana.com** o si llama al 1-800-233-4013.

Limitaciones y exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en la sección Beneficios de su plan, esta póliza no brinda beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras usted califica para cualquier compensación laboral o para la ley de enfermedad ocupacional, ya sea que haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
 - Que sean gratis o por los que usted no tenga que pagar si no tuviera esta cobertura, a menos que los cargos se reciban por parte de, o se reembolsen al gobierno de EE.UU. o cualquiera de sus agencias, según lo exija la ley;
 - Proporcionados por, o pagaderos por, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia administrada por, o propiedad del gobierno de EE.UU. para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión física.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
 - Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
 - Cualquier conflicto armado internacional; o
 - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier costo que se presentara por rellenar formularios.
5. Su cancelación de una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos como odontología cosmética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión física accidental ocasionada mientras usted tenía cobertura según esta póliza. Nosotros consideramos los siguientes como procedimientos cosméticos que incluyen, entre otros;
 - Revestimiento de coronas o tramos de puente (la parte de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide.
 - Cualquier servicio para corregir malformaciones congénitas;
 - Cualquier servicio hecho inicialmente para mejorar la apariencia; o
 - Caracterizaciones y personalización de dispositivos prostéticos; o
 - Cualquier procedimiento relacionado con el cambio del espaciado y/o la forma de los dientes.
7. Cargos por:
 - Cualquier tipo de implante o servicios relacionados con estos; Elementos de precisión o semi precisión;
 - Prótesis de soporte y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las prótesis de soporte;
 - Otros elementos personalizados;
 - Cualquier servicio de diagnóstico por imágenes en 3D (imágenes de haz cónico);
 - Servicios dentales temporales y provisionales.
 - Gastos adicionales relacionados con los materiales o los equipos utilizados en el cuidado dental;
 - Cargos relacionados con tratamiento en una clínica o clínica dental patrocinada o mantenida por el patrono.
 - Remover cualquier implante a menos que se especifique en la sección "Resumen de sus beneficios" o "Sus beneficios" en el presente certificado.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - La restauración o el mantenimiento de la oclusión;
 - La ortodoncia, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontales débiles;
 - La pérdida de la sustitución de estructuras dentales debido a abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de infección, que incluye pero no está limitado a técnicas de esterilización;
10. Tarifas para el tratamiento hecho por otra persona que no sea el dentista, excepto para el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que puede realizarla un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
11. Cualquier hospital, instalación quirúrgica o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o medicación previa a la anestesia, ya sean suministrados o recetados.
13. Cualquier servicio que no se haya detallado de manera específica en la sección Beneficios de su plan.

14. Cualquier servicio que:
 - No sea elegible para recibir beneficios en función de la revisión clínica;
 - No ofrezca un pronóstico favorable;
 - No tenga aceptación profesional uniforme; o
 - Sea de carácter experimental o para investigación.
15. Servicios de ortodoncia, a menos que se especifiquen en la sección Resumen de beneficios. Solamente los servicios especificados en el anexo ortodóntico serán beneficios cubiertos por el plan.
16. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en la que termine su cobertura conforme a esta póliza (a menos que el servicio sea elegible según la Extensión de beneficios).
17. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
18. Tratamiento que resulte de cualquier lesión auto infligida intencionalmente o enfermedad corporal.
19. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusales o preparación del tejido asociado con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios están considerados como parte integral del servicio dental completo.
20. Servicios dentales temporales.
21. Reparación y colocación de dispositivos de ortodoncia.
22. Ningún tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de cualquier problema de la articulación mandibular, incluidos trastornos de la articulación temporomandibular, afección cráneo maxilar, trastorno cráneo mandibular u otros problemas de la articulación que conecten el hueso mandibular y el cráneo; o tratamientos de los músculos faciales usados en funciones relacionadas con el acto de expresarse y masticar; para síntomas que incluyen pero no se limitan a dolores de cabeza.
23. Los beneficios de cirugía oral bajo el plan no incluyen:
 - a. Cualquier servicio de cirugía ortognática;
 - b. Cualquier servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
 - c. Cualquier servicio de trasplante dental;
 - d. Cualquier servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad bucal;
 - e. Cualquier servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
 - f. Cualquier gasto aparte por servicios pre y posoperatorios.
24. No es servicio cubierto la anestesia general o sedativo consciente a menos que se base en la revisión clínica o documentación provista y administrada por el dentista o profesional de la salud en conexión con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales u óseos, o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos. No se cubre la anestesia general o sedativo consciente administrados debido a, entre otras, las siguientes razones:
 1. Control del dolor a menos que se proporcione documentación de alergia a la anestesia local.
 2. Ansiedad.
 3. Temor al dolor.
 4. Control del dolor.
 5. Incapacidad emocional para someterse a la cirugía.
25. Programas de control preventivo entre los que se incluyen, pero sin limitarse a, instrucciones para la higiene oral, control de placa, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
26. El reemplazo de ninguna restauración, prótesis o dispositivo principal duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
27. Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, pruebas de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, prueba de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos bucales.
28. No se consideran servicios cubiertos bajo los servicios quirúrgicos periodonticos del plan a las tarifas por separado por cuidado preoperatorio y reevaluación dentro de 12 meses.
29. No cubrimos servicios que por lo general se consideren servicios médicos, excepto aquellos detallados en este certificado.

Los planes grupales dentales de Humana se ofrecen por Humana Insurance Company, HumanaDental Insurance Company, Humana Insurance Company of New York, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc., Humana Medical Plan of Utah, CompBenefits Company, CompBenefits Dental, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. or DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits).

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Examen con dilatación según sea necesario

- Imágenes de la retina ¹

\$10
Hasta \$39

Hasta \$30
No cubierto

Opciones de examen de lentes de contacto ²

- Lentes de contacto estándar adaptación y seguimiento
- Lentes de contacto premium adaptación y seguimiento

Hasta \$40

No cubierto

10% de descuento del precio minorista

No cubierto

Monturas ³

Subsidio de \$130
20% de descuento al saldo sobre \$130

Subsidio de \$65

Lentes de plástico estándar ⁴

- Monofocales
- Bifocal
- Trifocal
- Lenticular

\$15
\$15
\$15
\$15

Hasta \$25
Hasta \$40
Hasta \$60
Hasta \$100

Opciones de lentes ⁴

- Capa UV
- Tinte (sólido y gradiente)
- Protección estándar contra rasgaduras
- Policarbonato estándar - Adultos
- Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años
- Capa antirreflejo estándar
- Progresivo estándar (complemento de bifocal)
 - Nivel 1
 - Nivel 2
 - Nivel 3
- Progresivo estándar* (complemento de bifocal)
- Progresivo premium
 - Nivel 1
 - Nivel 2
 - Nivel 3
 - Nivel 4
- Fotocromático/de transición, plástico
- Polarizados

\$15
\$15
\$15
\$40
\$40

\$45

Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:

\$57
\$68
80% del cargo
\$15

Lentes progresivos premium de la siguiente manera:

\$110
\$120
\$135

Copago de \$90, 80% del cargo menos el subsidio de \$120

\$75

20% de descuento del precio minorista

No cubierto
No cubierto
No cubierto
No cubierto
No cubierto

No cubierto
Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:
No cubierto
No cubierto
No cubierto
Hasta \$40

Lentes progresivos premium de la siguiente manera:

No cubierto
No cubierto
No cubierto
No cubierto

No cubierto

No cubierto

No cubierto

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Lentes de contacto ⁵

(solo materiales)

- Convencional
- Desechables
- Necesarios por razones médicas

Subsidio de \$130, 15% de descuento al saldo sobre \$130
Subsidio de \$130
\$0

Subsidio de \$104
Subsidio de \$104
Subsidio de \$200

Frecuencia

- Examen
- Lentes o lentes de contacto
- Monturas

1 vez cada 12 meses
1 vez cada 12 meses
1 vez cada 24 meses

1 vez cada 12 meses
1 vez cada 12 meses
1 vez cada 24 meses

Cuidado de la vista por diabetes

(cuidado y exámenes para diabéticos)

- Examen
 - Hasta (2) servicios por año
- Imágenes de la retina
 - Hasta (2) servicios por año
- Oftalmoscopia extendida
 - Hasta (2) servicios por año
- Gonioscopia
 - Hasta (2) servicios por año
- Láser para escanear
 - Hasta (2) servicios por año

\$0
\$0
\$0
\$0
\$0

Hasta \$77
Hasta \$50
Hasta \$15
Hasta \$15
Hasta \$33

-
- ¹ Los costos al afiliado pueden exceder \$39 con ciertos proveedores. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
 - ² El costo por el examen de lentes de contacto estándar, adaptación y seguimiento y los descuentos del examen para lentes de contacto premium de hasta el 10% podrían variar según cada proveedor participante. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
 - ³ Podría haber descuentos en todas las monturas, a menos que el fabricante no lo permita.
 - ⁴ Los costos de opciones de lentes pueden variar según el proveedor. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si los costos enumerados están disponibles.
 - ⁵ El plan cubre lentes de contacto o lentes para monturas, pero no ambos.
-

Descuentos adicionales del plan

- Los afiliados podrían recibir un 20% de descuento con proveedores participantes, para artículos no cubiertos por el plan. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden combinarse con ningún otro descuento o promoción. Podrían no ser cubiertos los servicios o materiales provistos por cualquier otro plan grupal de beneficios para la vista. Ciertos materiales para la vista de marca, podrían no ser elegibles para el descuento si el fabricante impone una política de no ofrecer descuentos. Los descuentos para monturas, lentes y opciones de lentes se aplican solo al comprar un par completo de anteojos. Si se compran por separado, los afiliados pueden recibir un descuento de 20% sobre el precio minorista.
- Los afiliados podrían recibir un descuento del 15% del precio minorista o 5% de descuento del precio de promoción de LASIK o PRK de la red US Laser Network, perteneciente a LCA Vision. Ya que las correcciones por LASIK o PRK son procedimientos electivos, hechos por proveedores capacitados especialmente para ello, el descuento podría no estar disponible con el proveedor que usted visite.



¿Tiene preguntas?

Consulte **Humana.com**

Llame al 1-866-995-9316 los siete días de la semana. De lunes a sábados, de 8 a.m. a 6 p.m. (hora del este). Domingos de 11 a.m. a 8 p.m.