

 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, [insert contact information]. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.humana.com o llamar a 1-800-314-3121 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea abajo la tabla de Eventos Médicos comunes para sus costos por los servicios que su plan cubre.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí.	Los servicios dentro de la red están cubiertos sin deducible.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. Fuera de la red. \$100 Individual/\$300 Familiar	Deducible sólo aplica si utiliza proveedores fuera de la red .
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Sí. Dentro de la red: Individual \$2,000/Familiar \$6,000.	El desembolso máximo es lo más que usted puede pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Servicios rendidos fuera de la red, copagos, coaseguros, deducibles, primas y los servicios no cubiertos.	Aunque usted paga por estos gastos, estos no aplican para el desembolso máximo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores participantes , acceda www.humana.pr o llame al 1-800-314-3121.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza a un proveedor dentro de la red . Usted podría pagar más si utiliza proveedores fuera de la red y pudiera recibir una factura de un proveedor por la diferencia de lo facturado por el proveedor y lo que su plan pagó (facturación del saldo).
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) 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
		Cuidado Coordinado por Médico Primario (Usted pagará lo mínimo)	Cuidado No Coordinado dentro la red de proveedores	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	\$15 copago /visita	\$17 copago /visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$17 copago /visita	Ninguno.
	Visita al especialista	\$20 copago /visita	\$22 copago /visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 copago /visita	Ninguno.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin copago	Sin copago	Por reembolso, a tarifa contratada.	Basado en la Reforma de Salud Federal: Ley del Cuidado de Salud y Atención Médica Asequible. Puede tener que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagaría. Puede accederlos en: Humana.pr - Servicios Preventivos
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin copago	Sin copago	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /prueba.	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin copago	Sin copago	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /prueba.	Ninguno

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Cuidado Coordinado por Médico Primario (Usted pagará lo mínimo)	Cuidado No Coordinado dentro la red de proveedores	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.humana.com .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 copago /al detal \$20 copago /por correo	\$10 copago /al detal \$20 copago /por correo	No cubierto	Formulario: F50 (Rx-2)
	Medicamentos de marca (Nivel 2)	\$25 copago /al detal \$50 copago /por correo	\$25 copago /al detal \$50 copago /por correo	No cubierto	Suplido de 30 días al detal. Suplido de 90 días por correo. MAC A (Genérico mandatorio)
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin copago	\$25 copago /facilidad	Por reembolso, a tarifa contratada. \$25 copago /facilidad	Ninguno
	Honorarios del médico/cirujano	Sin copago	25% coaseguro /cirugía	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /servicio	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$50 copago /visita por enfermedad \$0 copago /visita por accidente	\$60 copago /visita por enfermedad \$0 copago /visita por accidente	Por reembolso, a tarifa contratada. \$60 copago /visita por enfermedad	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	\$0 copago /viaje entre facilidades \$25 copago /viaje terrestre 50% coaseguro /viaje aéreo o marítimo	\$0 copago /viaje entre facilidades \$25 copago /viaje terrestre 50% coaseguro /viaje aéreo o marítimo	Por reembolso, a tarifa contratada. \$25 copago /viaje terrestre 50% coaseguro /viaje aéreo o marítimo	Ambulancia aérea y marítima, excepto en los casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra, requiere pre-autorización , a menos que la emergencia sea de tal naturaleza que no permita solicitarse.
	Atención de urgencia	\$50 copago /visita por enfermedad \$0 copago /visita por accidente	\$60 copago /visita por enfermedad \$0 copago /visita por accidente	Por reembolso, a tarifa contratada. \$60 copago /visita por enfermedad	Ninguno

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza llamando al 1-800-314-3121.]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Cuidado Coordinado por Médico Primario (Usted pagará lo mínimo)	Cuidado No Coordinado dentro la red de proveedores	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$100 copago / admisión	\$150 copago / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada. \$150 copago / admisión	Admisiones por sala de emergencia no requieren pre-notificación. Exclusiones: Gastos por servicios de convalecencia o comodidad personal, o por servicios de custodia durante una hospitalización, enfermera privada, excepto en los casos de servicios de salud en el hogar autorizados por Humana; artículos de uso personal tales como teléfono, televisión y "admission kit".
	Honorarios del médico/cirujano	Sin coaseguro	25% coaseguro / servicio	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro / servicio	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$20 copago / visita	\$22 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 copago / visita	Ninguno
	Servicios internos	\$100 copago / admisión	\$150 copago / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada. \$150 copago / admisión	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago / visita	\$17 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$17 copago / visita	Ninguno
	Servicios de parto profesionales	Sin coaseguro	25% coaseguro / servicio	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro / cirugía	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$100 copago / admisión	\$100 copago / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada. \$100 copago /	

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza llamando al 1-800-314-3121.]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Cuidado Coordinado por Médico Primario (Usted pagará lo mínimo)	Cuidado No Coordinado dentro la red de proveedores	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				admisión	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin coaseguro	25% coaseguro /servicio	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /servicio	Cubierto en la cubierta básica 30 días iniciales y 30 días adicionales según certificación médica y cuando sean necesarios. Estos servicios deben comenzar dentro de los treinta (30) días luego de que el suscriptor se dé de alta del hospital o de un centro de enfermería profesional o se puede proveer como sustitución al ingreso a una institución médica. Sujeto a necesidad médica. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir pruebas o servicios incluidos en otras partes de este resumen (ej. Visitas de especialistas). Para estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable.
	Servicios de rehabilitación	Sin coaseguro	25% coaseguro /sesión de terapia	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /sesión de terapia	Servicios de rehabilitación y habilitación cubiertos, incluyendo terapia del habla, ocupacional y física, para condiciones sujetas a considerable mejoría dentro de un período de sesenta (60) días. Requiere pre-autorización
	Servicios de habilitación	Sin coaseguro las terapias \$20 copago /visita de quiropráctico	25% coaseguro /sesión de terapia \$22 copago /visita de quiropráctico	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /sesión de terapia \$22 copago /visita de quiropráctico	Servicios quiroprácticos, están cubiertas quince (15) manipulaciones por suscriptor por año contrato.

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza llamando al 1-800-314-3121.]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Cuidado Coordinado por Médico Primario (Usted pagará lo mínimo)	Cuidado No Coordinado dentro la red de proveedores	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Cuidado de enfermería especializada	Sin copago	\$25 copago /facilidad	Por reembolso, a tarifa contratada. \$25 copago /facilidad	Máximo sesenta (60) días por suscriptor durante su vida. Sujeto a necesidad médica.
	Equipo médico duradero	50% coaseguro /equipo	50% coaseguro /equipo	Por reembolso, a tarifa contratada. 50% coaseguro /equipo	Requiere pre-autorización .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin coaseguro	25% coaseguro /servicio	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% coaseguro /servicio	Expectativa de vida de menos de 6 meses como resultado de su enfermedad. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un periodo de 12 meses. Requiere pre-autorización .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$20 copago /examen	\$22 copago /examen	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 copago /examen	Una (1) prueba de refracción por año contrato.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Descuento de visión dispone con Eyemed.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Ninguno

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza llamando al 1-800-314-3121.]

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](#).)

- Acupuntura
- Cirugía Cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Servicios cubiertos por ACA, Fondo del Seguro del Estado o militar.
- Programas para la pérdida de peso
- Infertilidad
- Aditamiento de Audición o Implantes
- Servicios que no son emergencia rendidos en E.U. (excepto para dependientes estudiando en E.U.)
- Dental

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

- Quiropráctico
- Cuidado rutinario de los pies
- Cirugía Bariátrica
- Cuidado visual rutinario

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 la Oficina del Comisionado de Seguros Puerto Rico; o el Departamento del Trabajo Federal; o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al teléfono 1-866-444-3272 o por correo electrónico en www.dol.gov/ebsa; o contactar el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal al teléfono 1-877-267-2323 ext. 61565 o por correo electrónico en www.cciio.cms.gov.

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: nuestro departamento de Servicio al Cliente, al teléfono libre de cargos: 1-888-314-3121.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Si.

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](#).

—————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](#). 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	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$8
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$75
■ Otro [costo compartido]	25%

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	\$6,700
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$325
Coaseguro	\$290
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$570
El total que Peg pagaría es	\$1,185

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	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$8
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$75
■ Otro [costo compartido]	25%

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	\$6,100
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$440
Coaseguro	\$330
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$70
El total que Joe pagaría es	\$840

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$8
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$75
■ Otro [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$1,200
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$25
Coaseguro	\$60
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$210