



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-314-3121. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.humana.com](http://www.humana.com) o llamar al 1-800-314-3121 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Si. Todos los servicios con <a href="#">proveedor dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coaseguro</a> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Si. <a href="#">Proveedor fuera de la red</a> : Individual \$100/Familiar \$300	Debe pagar el <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> pague cualquier servicio.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<a href="#">Proveedor dentro de la red</a> : Individual \$2,000/Familiar \$6,000	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo más que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros suscriptores en este plan, tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el límite general de gasto de bolsillo familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Primas y los servicios no cubiertos.	Aunque usted paga por estos gastos, estos no aplican para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Para obtener <a href="#">la lista de proveedores participantes</a> , acceda <a href="http://www.humana.pr">www.humana.pr</a> o llame al 1-800-314-3121.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedores fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedores fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referido</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin un <a href="#">referido</a> .

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 <a href="#">copago</a> / visita	\$17 <a href="#">copago</a> / visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$17 <a href="#">copago</a> / visita	Consulta virtual, menos \$25 <a href="#">copago</a> , visite <a href="http://www.mdlive.com/humanapr">www.mdlive.com/humanapr</a> . \$0 <a href="#">copago</a> aplica a visitas virtuales con durante el periodo de emergencia de COVID-19.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$20 <a href="#">copago</a> / visita	\$22 <a href="#">copago</a> / visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 <a href="#">copago</a> / visita	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas	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.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin coaseguro	Sin coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% <a href="#">coaseguro</a> / prueba.	Pruebas genéticas requieren <a href="#">pre-autorización</a> . \$0 <a href="#">copago</a> aplica a diagnóstico y tratamiento de COVID-19, en conformidad a Ley 43 de 2019.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin coaseguro	Sin coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% <a href="#">coaseguro</a> / prueba.	Ninguno

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.humana.com/druglist">www.humana.com/druglist</a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 <a href="#">copago</a> / al detal \$20 <a href="#">copago</a> / por correo	\$10 <a href="#">copago</a> / al detal \$20 <a href="#">copago</a> / por correo	No cubierto	Formulario: F50 (Rx-2 Tradicional)  Suplido de 30 días al detal. Suplido de 90 días por correo.  MAC A (Genérico mandatorio)
	Medicamentos de marca (Nivel 2)	\$25 <a href="#">copago</a> / al detal \$50 <a href="#">copago</a> / por correo	\$25 <a href="#">copago</a> / al detal \$50 <a href="#">copago</a> / por correo	No cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin copago	\$25 <a href="#">copago</a> / facilidad	Por reembolso, a tarifa contratada menos \$25 <a href="#">copago</a> .	Ninguno
	Tarifas del médico/cirujano	Sin copago	25% <a href="#">coaseguro</a> / cirugía	Por reembolso, a tarifa contratada menos 25% <a href="#">coaseguro</a> .	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	\$50 <a href="#">copago</a> / visita por enfermedad \$0 <a href="#">copago</a> / visita por accidente	\$60 <a href="#">copago</a> / visita por enfermedad \$0 <a href="#">copago</a> / visita por accidente	Por reembolso, a tarifa contratada. \$60 <a href="#">copago</a> / visita por enfermedad	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$25 <a href="#">copago</a> / viaje terrestre 50% <a href="#">coaseguro</a> / viaje aéreo o marítimo	\$25 <a href="#">copago</a> / viaje terrestre 50% <a href="#">coaseguro</a> / viaje aéreo o marítimo	\$25 <a href="#">copago</a> / viaje terrestre 50% <a href="#">coaseguro</a> / viaje aéreo o marítimo	\$0 copago por viaje entre facilidades. Ambulancia aérea y marítima, excepto en los casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra, requiere <a href="#">pre-autorización</a> .
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 <a href="#">copago</a> / visita por enfermedad \$0 <a href="#">copago</a> / visita por accidente	\$60 <a href="#">copago</a> / visita por enfermedad \$0 <a href="#">copago</a> / visita por accidente	Por reembolso, a tarifa contratada. \$60 <a href="#">copago</a> / 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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			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)	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada. \$150 <a href="#">copago</a> / admission	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".
	Tarifas del médico/cirujano	Sin coaseguro	25% <a href="#">coaseguro</a> / servicio	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% <a href="#">coaseguro</a> / cirugía	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 <a href="#">copago</a> / visita	\$22 <a href="#">copago</a> / visita	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 <a href="#">copago</a> / visita	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada. \$150 <a href="#">copago</a> / admission	Hospitalización parcial cubierta sin copago. Requiere <a href="#">pre-autorización</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 <a href="#">copago</a> / visita	\$17 <a href="#">copago</a> / visita	Por reembolso, a tarifa contratada menos \$17 <a href="#">copago</a> .	Ninguno.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin coaseguro	25% <a href="#">coaseguro</a> / servicio	Por reembolso, a tarifa contratada menos 25% <a href="#">coaseguro</a> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 <a href="#">copago</a> / admisión	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada menos \$150 <a href="#">copago</a> .	

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin costo	25% <a href="#">coaseguro</a>	Por reembolso, a tarifa contratada menos 25% <a href="#">coaseguro</a>	Cubierto en la cubierta básica 30 días iniciales y 30 días adicionales según certificación médica y cuando sean necesarios. Sujeto a necesidad médica.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin coaseguro	25% <a href="#">coaseguro</a> / sesión de terapia	Por reembolso, a tarifa contratada menos 25% <a href="#">coaseguro</a> .	Incluye terapia del habla, ocupacional y física, para condiciones sujetas a considerable mejoría dentro de un período de sesenta (60) días. Requiere <a href="#">pre-autorización</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin coaseguro las terapias			
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin copago	\$25 <a href="#">copago</a> / facilidad	Por reembolso, a tarifa contratada. \$25 <a href="#">copago</a> / facilidad	Máximo sesenta (60) días por suscriptor durante su vida. Sujeto a necesidad médica.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% <a href="#">coaseguro</a> / equipo	50% <a href="#">coaseguro</a> / equipo	Por reembolso, a tarifa contratada. 50% <a href="#">coaseguro</a> / equipo	Requiere <a href="#">pre-autorización</a> .
<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin coaseguro	25% <a href="#">coaseguro</a> / servicios	Por reembolso, a tarifa contratada. 25% <a href="#">coaseguro</a> / servicios	Requiere <a href="#">pre-autorización</a> .	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$20 <a href="#">copago</a> / examen	\$22 <a href="#">copago</a> / examen	Por reembolso, a tarifa contratada. \$22 <a href="#">copago</a> / examen	Una (1) prueba de refracción por año contrato.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Descuento de visión dispone con Eyemed.
	Control dental para niños	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](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Aparatos auditivos</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Cuidado Dental (Adulto)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado a largo plazo</li><li>• Enfermería privada</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios que no son emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li></ul>
---	---	---

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

<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cuidado rutinario del pie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado visual – 1 examen de refracción/año contrato.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quiropráctico – 1 visita inicial/1 visita sub-siguiente, 15 manipulaciones</li></ul>
--	---	--

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite la página de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, <http://ocs.pr.gov/ocspr/>.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese a nuestro departamento de servicio al cliente al 1-800-314-3121.

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

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-314-3121.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-314-3121.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-314-3121.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-314-3121.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1146. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copago](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coaseguro](#) 25%

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copago](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coaseguro](#) 25%

**Fractura simple de Mía**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copago](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coaseguro](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$6,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$325
<a href="#">Coaseguro</a>	\$290
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,070
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,185</b>

**Costo total del ejemplo \$6,100**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$440
<a href="#">Coaseguro</a>	\$330
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$70
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$840</b>

**Costo total del ejemplo \$1,200**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$25
<a href="#">Coaseguro</a>	\$60
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$210</b>

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