



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 o llamar al 1-800-314-3121 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total ?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No aplica	Este plan no tiene un deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Si. Cubierta Gastos Médicos Mayores: Individual \$100/Familiar \$300.	Usted debe pagar por todos los costos de los servicios bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores hasta la cantidad específica de deducible antes de que el plan empieza a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Cubierta médica y farmacia: Dentro de la red : Individual \$6,350/Familiar \$12,700. Fuera de la red : Individual \$19,050/Familiar \$38,100.	El desembolso máximo es lo más que usted puede pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas y los servicios no cubiertos.	- Aunque usted paga por estos gastos, estos no aplican para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores participantes , acceda www.humana.pr o llame al 1-800-314-3121.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedores fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedores fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .



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
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$8 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Consulta virtual, menos \$25 copago, visite www.mdlive.com/humanapr . Terapia física \$5. \$0 copago aplica a visitas virtuales con durante el periodo de emergencia de COVID-19.
	Consulta con un especialista	\$12 copago / visita especialista \$15 copago / visita sub-especialista	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	6 consultas con nutricionista por asegurado.
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin costo	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.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Pruebas genéticas requieren pre-autorización . \$0 copago aplica a diagnóstico y tratamiento de COVID-19, en conformidad a Ley 43 de 2020.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Requiere pre-autorización .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.humana.com/druglist	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 copago / al detal \$10 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos copago aplicable.	Formulario: RX3 Tradicional Medicamentos OTC \$1 copago sujeto a listado de Humana; requiere receta médica. Quimioterapia: 0% coaseguro . Incluye Terapia Escalonada Suplido de 30 días al detal. Suplido por correo es para 90 días. MAC B Genérico preferido; receta debe especificar no sustituir medicamento de marca para que no aplique diferencia en costo entre marca y genérico más copago de marca.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25 copago / al detal \$50 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos copago aplicable.	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	25% coaseguro al detal y por correo	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
	Medicamentos de especialidad	35% coaseguro máx. \$500 al detal	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$12 copago / oficina \$25 copago / centro de cirugía ambulatoria u hospital ambulatorio	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Uso de facilidad – Requiere pre-autorización . Asistente quirúrgico cuando sea medicamento necesario, menos 25% coaseguro aplicable; Requiere pre-autorización .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$75 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$75 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	Ninguno Ambulancia aérea y marítima en Puerto Rico, incluyendo a Vieques y Culebra, está cubierta; requiere pre-autorización , a menos que la emergencia sea de vida o muerte. Excluye transportación fuera de Puerto Rico.
	Transporte médico de emergencia	\$75 copago / viaje	\$75 copago / viaje	
	Atención de urgencia	\$75 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$75 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$50 copago / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización . Exclusiones: Gastos por servicios de convalecencia o comodidad personal, o por servicios de custodia durante una estadía, 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 costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Asistente quirúrgico cuando sea medicamento necesario, menos 25% coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$12 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Hospitalización parcial se cubre al 100% luego de pre-autorización .
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$50 copago / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$12 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Servicios preventivos no llevan copago . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas o servicios incluidos en otras partes de este resumen. (ej. Sonograma). Para estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable. Monitoreo fetal ambulatorio cubierto, menos 25% coaseguro .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Monitoreo fetal ambulatorio cubierto menos 25% coaseguro . Excluye anestesia epidural durante el parto.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$50 copago / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Ninguno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Cubierto en la cubierta básica 30 días iniciales y 30 días adicionales según certificación médica y cuando sean necesarios. 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	\$8 copago / terapia física	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Terapia del habla sólo para niños, cuando sea ordenada por un médico y rendida por un terapeuta del habla licenciado, hasta un máximo de 40 terapias por año póliza.
	Servicios de habilitación	\$8 copago / terapia física \$12 copago / terapia del habla 20% coaseguro / terapia ocupacional	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Terapia ocupacional – Cubierta por Beneficio de Gastos Médicos Mayores con el propósito de adiestrar y ayudar en la restauración de las funciones físicas normales y la prevención del deterioro futuro por la misma condición; como resultado de una enfermedad, un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico. Por otra razón, se cubren hasta 15 por año póliza por la cubierta de Gastos Médicos Mayores. Terapias dirigidas al tratamiento de las personas con Autismo son ilimitadas.
	Atención de enfermería especializada	20% coaseguro / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Estos servicios estarán cubiertos por la Cubierta de Gastos Médicos Mayores si éstos comienzan dentro de los primeros 14 días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una estadía de por lo menos 3 días y se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Se cubren hasta un máximo de 60 días por año póliza. Requiere pre-autorización .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Equipo médico duradero	20% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Estos servicios estarán cubiertos por la Cubierta de Gastos Médicos Mayores. Requiere pre-autorización . La parafernalia de diabetes, el glucómetro y la bomba de insulina se cubren por cubierta médica, menos. 25% coaseguro Requieren pre-autorización .
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$50 copago / estadia	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización. La facilidad de hospicio debe proveer un programa de tratamiento a un asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de 6 meses como resultado de su enfermedad. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de 12 meses.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$12 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Una (1) prueba de refracción por año póliza.
	Anteojos para niños	Por reembolso	Por reembolso	Beneficio máximo \$150 por asegurado por año póliza, por reembolso. Adicional descuento visión a través del programa de descuento EyeMed.
	Control dental para niños	Cubierto	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	DP2

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">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Cuidado a largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Programas de pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none">• Servicios que no son emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico• Tratamiento de infertilidad
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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">• Aparatos auditivos (hasta \$250 por reembolso/año póliza)• Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado Dental (Adulto): DP2• Cuidado rutinario del pie	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado visual – 1 examen de refracción/año póliza.• Quiropráctico – 1 visita inicial/1 visita sub-siguiente, 20 manipulaciones
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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. 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 con: [insert applicable contact information from instructions].

¿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, kwijigo holne' 1-800-314-3121

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%

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*)

Costo total del ejemplo	\$5,100
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coaseguro	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$600

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%

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*)

Costo total del ejemplo	\$4,900
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$600

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:

[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	\$1,000
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$100
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200

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

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o [plan](#) y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el [plan](#). (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del [plan](#)).
- El texto [subrayado](#) señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Es el pago máximo que el [plan](#) hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada.”

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o [plan](#) revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un [proveedor](#) le factura el saldo restante de la factura que su [plan](#) no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la [cantidad permitida](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y la cantidad permitida es de \$110, el proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor de la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

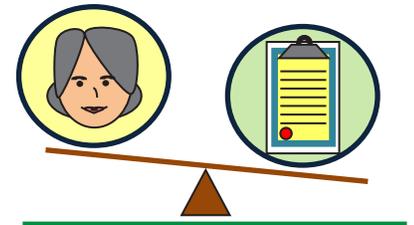
Reclamación

Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su [proveedor](#) de atención médica a su compañía de seguro médico o [plan](#) por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para el servicio. Por lo general,

usted paga el coseguro **más** los [deducibles](#) que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el [seguro médico](#) o el [plan](#) para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su [deducible](#), su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El [seguro médico](#) o el [plan](#) pagan el resto de la cantidad permitida).



Jane paga 20 % Su plan paga 80 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no son de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costos compartidos

Su parte de los costos de los servicios que un [plan](#) cubre y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados “gastos de bolsillo”). Algunos ejemplos de costos compartidos son los [copagos](#), los [deducibles](#) y los [coseguros](#). El costo compartido familiar es la parte del costo de los [deducibles](#) y los gastos [de bolsillo](#) que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las [primas](#), los recargos que puede tener que pagar o el costo de la atención que un [plan](#) no cubre, por lo general, no se consideran costos compartidos.

Reducciones de costo compartido

Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que compra a través del [Mercado](#). Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

Deducible

Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible

general. Un [plan](#) con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).



Jane paga 100 % Su plan paga 0 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Pruebas de diagnóstico

Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME)

Equipo y suministros que solicita un [proveedor](#) de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos.

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para comprobar si hay una [condición médica de emergencia](#) y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su [plan](#) no paga ni cubre.

Formulario

Una lista de los medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su [plan](#) puede tener medicamentos de diferentes niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de [costo compartido](#) aplicadas a cada nivel.

Queja

Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o [plan](#).

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro médico también se puede llamar “póliza” o “[plan](#).”

Atención médica domiciliaria

Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Servicios en un centro de atención paliativa

Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos [planes](#) pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que, por lo general, no exige una estancia de una noche.

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red suelen ser menores que los [copagos fuera de la red](#).

Mercado

Un mercado de [seguros médicos](#) en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de [planes](#); comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y los [costos compartidos](#) según sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como “Intercambio de seguros.” El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP). Se puede acceder a él en línea, por teléfono y personalmente.

Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de [costos compartidos](#) que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del [plan](#) para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los [límites de gastos de bolsillo](#) establecidos para su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) que se pueden adquirir en el [Mercado](#), otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

Estándar de valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el [plan](#) cubre. Si se le ofrece un [plan](#) de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los [créditos fiscales para primas](#) y las [reducciones de costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [mercado](#).

Red

Los centros, [proveedores](#) y suministradores que su compañía de seguro médico o [plan](#) ha contratado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene un contrato con su [compañía de seguro médico](#) o [plan](#) y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Pagará menos si lo atiende un [proveedor](#) que esté incluido en la [red](#). También se lo llama “proveedor preferido” o “proveedor participante.”

Órtesis y prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que no tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

Copago fuera de la red

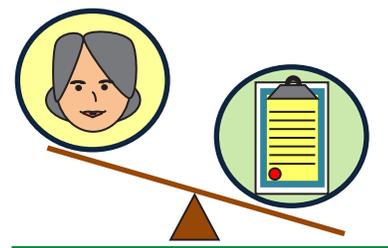
Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que **no** tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos fuera de la red suelen ser mayores que los [copagos dentro de la red](#).

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un [proveedor preferido](#). En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al “proveedor fuera de la red” también se lo llama proveedor “no preferido” o “no participante.”

Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted *podría* pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el [plan](#) pagará el 100 % de la



Jane paga 0 % Su plan paga 100 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

[cantidad permitida](#). Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la [prima](#), los cargos de [facturación de saldos](#) ni la atención médica que su [plan](#) no cubre. Algunos [planes](#) no tienen en cuenta todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.

Servicios prestados por médicos

Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

Plan

Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de atención médica. También llamado “plan de seguro médico”, “póliza”, “póliza de seguro médico” o “[seguro médico](#).”

Preautorización

La decisión de su compañía de seguro médico o [plan](#) de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, [medicamento con receta](#) o [equipo médico duradero](#) (DME) es [medicamento necesario](#). A veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación.” Su [seguro médico](#) o [plan](#) puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

La cantidad que se debe pagar por su [seguro médico](#) o [plan](#). Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un [seguro médico](#) privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un [seguro médico](#) en el [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las [primas](#) mensuales.

Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura de un [plan](#) que ayuda a pagar los [medicamentos con receta](#). Si el [formulario](#) del plan tiene “niveles”, los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de [costo compartido](#) será diferente para cada “nivel” de [medicamentos con receta](#) cubiertos.

Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

Atención preventiva (servicios preventivos)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de detección](#), controles y consejería para pacientes, para prevenir o detectar enfermedades, dolencias u otros problemas médicos.

Médico de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o lo ayuda a acceder a diferentes tipos de servicios de atención médica.

Proveedor

Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

Cirugía reconstructiva

La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o enfermedades.

Derivación

Una orden escrita por su [proveedor de atención primaria](#) para que vea a un [especialista](#) o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su [proveedor de atención primaria](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados/o ambulatorios.

Pruebas de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de una enfermedad o condición.

Atención de enfermería especializada

Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada **no** es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios que prestan terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en la casa del paciente o en un asilo de ancianos.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Medicamentos de especialidad

Un tipo de [medicamento con receta](#) que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los medicamentos de especialidad son los más caros de un [formulario](#).

Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los [proveedores](#) de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la [cantidad permitida](#).

Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir [atención en la sala de emergencias](#).

Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20 %

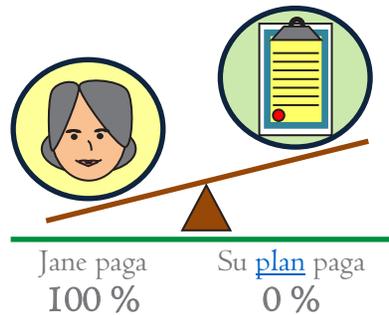
Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del período de cobertura

31 de diciembre

Final del período de cobertura



Jane no ha alcanzado su **deducible** de \$1,500 todavía

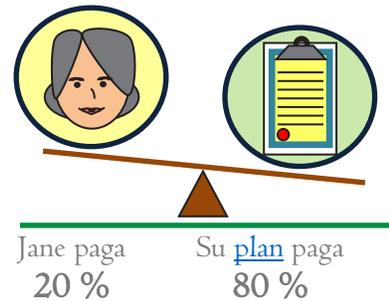
Su plan no paga ninguna parte del costo.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→
más
costos



Jane alcanza su **deducible** de \$1,500, comienza su **coseguro**

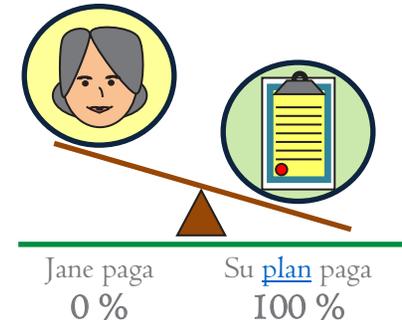
Jane ha visitado al médico varias veces y pagó \$1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su **deducible**. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: el 20 % de \$125 = \$25

Su plan paga: el 80 % de \$125 = \$100

→
más
costos



Jane alcanza su **límite de gastos de bolsillo** de \$5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que completar 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.

SNC Technical Services, LLC (Grupo 2)

Humana Max 2000

Descripción de Beneficios

Esta tabla de Descripción de Beneficios contiene los copagos, coaseguros y deducibles de los beneficios descritos en el Certificado de Beneficios. Para detalles de beneficios, limitaciones y exclusiones de servicios enumerados en esta tabla, favor hacer referencia al Certificado.

Deducibles		
Deducible Dentro de la Red	Individual: \$0.00	Familiar: \$0.00
Deducible Fuera de la Red	Individual: \$0.00	Familiar: \$0.00
Desembolso Máximo		
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Dentro de la Red	Individual: \$ 6,350	Familiar: \$12,700
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Fuera de la Red	Individual: \$19,050	Familiar: \$25,100
Cubierta médica		
Servicios Médico-Ambulatorios		
Generalista	Ilimitadas menos \$8 copago	
Especialista	Ilimitadas menos \$12 copago	
Sub-especialista	Ilimitadas menos \$15 copago	
Quiropráctico	Máximo de 1 visita inicial, 1 visita de seguimiento menos \$12 copago por visita y 20 manipulaciones por año póliza	
Podiatra	Ilimitadas menos \$12 copago	
Nutricionista	Cubiertas 6 visitas por año póliza, menos \$12 copago por visita	
Prueba de refracción	Cubierta 1 visita por año póliza menos \$12 copago	
Laboratorios y Rayos X	Cubiertos menos 25% coaseguro. Pruebas genéticas requieren pre-autorización	
Electrocardiogramas	Cubiertos menos \$25 coaseguro	
Sonogramas	Ilimitados menos \$25 coaseguro	
Tomografías Computarizadas	Ilimitados menos \$25 coaseguro. Requieren pre-autorización.	
Electromiograma	Ilimitados menos \$25 coaseguro.	
Electroencefalograma	Ilimitados menos \$25 coaseguro.	
Resonancia magnética	Ilimitados menos \$25 coaseguro. Requieren pre-autorización. Pruebas genéticas	
Pruebas neurológicas	Cubiertas menos coaseguro. Algunas pruebas requieren pre-autorización.	
Polisomnografía	Una prueba por asegurado por año póliza, menos \$25 coaseguro	
Pruebas de medicina nuclear	Cubiertas menos \$25 coaseguro	
Prueba SPECT	Cubierta menos \$25 coaseguro. Requieren pre-autorización.	
Prueba PET	Cubierto menos \$25 coaseguro. Requieren pre-autorización.	
Terapia física	Máximo de 20 sesiones de terapias por asegurado por año póliza, menos \$5 copago	
Terapia respiratoria	Máximo de 20 sesiones de terapias por asegurado por año póliza, menos \$8 copago	
Terapia del habla para niños	Cubierta, hasta un máximo de cuarenta (40) terapias por asegurado por año póliza menos \$12 copago	

Cirugía ambulatoria	Cubiertas en centros de cirugía ambulatoria, menos \$25 copago de facilidad
Laparoscopia	Cubierta en centros de cirugía ambulatoria, menos \$25 copago de facilidad
Endoscopías	Cubiertas menos \$25 copago de facilidad
Litotricia	Dos por año póliza, menos \$25 copago de facilidad
Vasectomía	Cubierta de forma ambulatoria en la oficina del médico menos \$12 copago
Circuncisión en adultos	Cubierta, menos \$12 copago
Esterilización	Cubierta
Aparatos ortopédicos	Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierta hasta un máximo de 90 días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad
Biopsia del seno	Cubierta, menos \$25 copago
Prueba de audiometría y timpanometría	Por indicación médica una (1) de cada una por asegurado por año póliza
Pruebas de alergias	Máximo de 50 por asegurado por año póliza, menos \$25 coaseguro
Inyecciones intrarticulares	Cubiertas, menos copago aplicable
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	Cubiertas, ilimitadas, como parte del copago de visita
Bloqueos epidurales	Para el manejo del dolor administrados por un especialista médicamente cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza, menos \$12 copago
Bomba de insulina y glucómetro	Cubiertos, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.
Parafernalia de Diabetes	Lancetas, jeringuillas para la administración de insulina y tirillas para el equipo de medir azúcar hasta un máximo de 150 de cada uno por mes, menos \$25 coaseguro
Cirugía cervical (Cryosurgery)	Cubierta, menos \$12 copago de visita
“Nerve conduction velocity test”	Cubierto, menos \$25 coaseguro
Preparado de aminoácidos para PKU	Cubierto al 100% sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines recomendados diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo
Mamoplastía de reducción	Cubierta, cuando sea médicamente necesaria, menos \$25 copago de facilidad
Aparatos Auditivos “Hearing Aid”	Beneficio máximo \$250 por asegurado por año póliza, por reembolso
Servicios Preventivos	

Servicios preventivos anuales **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sea provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico Inc. y recomendado por el *US Preventive Task Force (USPTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*.

Algunos servicios preventivos incluidos son:

- a) Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el *Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* / Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC), la Academia Americana de Pediatría y el Departamento de Salud de Puerto Rico mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo las de seguimiento (catch up).
 - Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella.
 - Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Haemophilus influenza type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella, inactivated poliovirus.

- b) Cernimiento sobre cáncer cervical, prueba /ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH).
- c) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para asegurados sobre 40 años de edad; bianual para asegurados entre 50 y 74 años de edad. Esto incluye el asesoramiento sobre quimio prevención y quimio prevención de cáncer de mamas.
- d) Papanicolaou.
- e) Examen de la próstata (PSA).

Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) para la mujer cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force (USPTF)* y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

- Anticonceptivos para la mujer y su asesoramiento: Todo método anticonceptivo para la mujer aprobado por la FDA, con receta médica, y su consejería, colocación, remoción o administración de aparatos intrauterinos, incluyendo la esterilización.
- Apoyo a la lactancia, con asesoramiento y suministros necesario, incluyendo la bomba de lactancia con receta médica. Para obtener este servicio, favor llamar a la línea de Humana Beginning al teléfono 1-866-488-5992, para el proceso de cernimiento. Recomendamos que se suscriba al programa de Humana Beginnings desde su primer trimestre de gestación.

Cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cubierto al 100% (sin copago o coaseguro), según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés), como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo. Para personas de alto riesgo entre las edades de trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad se cubre anualmente.

Servicios de Hospitalización

Beneficios incluidos en el per diem	Habitación semi-privada, ilimitada; Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario; Intensivo Pediátrico y Neonatal; Uso de salas de operaciones y recuperación; Oxígeno y su administración; Laboratorios y Rayos X; Medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en el per diem; Materiales desechables y suero; Dietas regulares y especiales; Servicio regular de enfermeras. Menos \$50 copago de admisión a hospital.
Hiperalimentación	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Intervenciones quirúrgicas	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Anestesia y su administración	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Sonograma	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital

Tomografía computarizada	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Resonancia magnética (MRI & MRA)	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Estudios de medicina nuclear y angiografía digital	Cubiertos, cuando sea medicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Sangre y Plasma	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia física	Cubierto, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapia por estadía en hospital, como parte del copago de admisión a hospital
Diálisis y hemodiálisis	Cubierta hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad. Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Obesidad mórbida	Tratamiento y servicios para obesidad mórbida medicamente necesario. Una (1) cirugía bariátrica de por vida.
Asistente quirúrgico	Cubierto, cuando sea medicamente necesario; se requiere pre-autorización. Menos \$25 coaseguro
Servicio de Salud en el Hogar	
Este beneficio se cubrirá por treinta (30) días inicialmente y treinta (30) días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica. No lleva copago adicional. Aplica el copago por servicio brindado.	
Cuidados de enfermería	Cubierto, autorizado por el médico y por Humana, bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
Cuidado de terapia respiratoria	Cubierto, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapias bajo la sección Servicios Médicos-Ambulatorios, menos \$8 copago
Recolección de muestras	Estudios de laboratorio cubierto, menos \$25 coaseguro
Cuidado y mantenimiento de catéter	Cubierto, autorizado por proveedor y Humana, bajo la supervisión de una enfermera graduada
Administración intravenosa de antibióticos	Cubierta, sujeto al programa de manejo de casos de Humana
Cuidado de úlceras	Cubierto, a través del programa de manejo de casos de Humana
Terapia física	Cubierta, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapias bajo la sección Servicios Médicos-Ambulatorios, menos \$5 copago
Hiperalimentación	Cubierto, menos \$25 coaseguro
Servicios de Ambulancia	
Ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias	Cubiertas al 100%, cuando el paciente esté hospitalizado y requiere ser transportado a otra facilidad.
Ambulancia terrestre que no sea entre facilidades	Cubiertas, ilimitadas, menos \$50 copago por viaje. Incluye transportación desde el lugar de la emergencia o residencia del asegurado o hasta el hogar del asegurado, cuando sea medicamente necesario.
Ambulancia aérea y marítima	Cubierta dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, menos \$50 copago por viaje. Requiere pre-autorización, a menos que la emergencia no lo permita por ser de vida o muerte.
Servicios de Cáncer	

Quimioterapia y radioterapia	Cubiertas al 100%
Inyectables para manejo del dolor	Cubiertos al 100%, incluyendo intratecal o intravenoso.
Servicios de Maternidad	
Toda asegurada tiene cubierta, incluyendo la esposa o cohabitante e hija dependiente del asegurado principal.	
Servicios de hospitalización	Los siguientes servicios estarán cubiertos, como parte del copago de admisión a hospital: <ul style="list-style-type: none"> a. Parto natural o por cesárea. b. Salas de parto y recuperación. c. Sala de recién-nacido (Nursery) e incubadora. d. Cuidado intensivo neonatal (NICU). e. Monitoreo fetal durante el parto. f. Esterilización concurrente con el parto.
Servicios ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> a. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos \$12 copago de visita b. Vacuna RhoGAM, menos coaseguro c. Amniocentesis genética, menos \$12 coaseguro d. Esterilización ambulatoria. e. Aborto espontáneo. f. Sonogramas, dos (2) por asegurada, menos \$25 coaseguro. g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado.
Servicios de Pediatría	
Pediatra	Visitas ilimitadas, menos \$12 copago de visita
“Well Child Care”	Cubierto, menos \$12 copago de visita
Prueba de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto al 100%
Examen anual	Cubierto evaluación física y mental, salud oral, pruebas de audición y visión al 100%
Circuncisión y dilatación	Cubierto, menos \$12 copago de visita
Vacunas	Cubiertas de acuerdo a las prácticas médicas establecidas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC) y la Academia Americana de Pediatría. Cubiertas al 100%.
Ventiladores para niños(as)	Cubierta para el uso de equipo tecnológico, incluyendo un turno de 8 horas diarias de una enfermera especializada con conocimiento en terapia respiratoria o un especialista en terapia respiratoria.
Vacuna Synagis	Cubierta de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Sincitial Respiratorio.
Sala Emergencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$75 copago
Por accidente	Cubierto 100%
Sala Urgencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$75 copago
Por accidente	Cubierto 100%
Procedimientos Cardiovasculares	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos \$25 coaseguro

Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$12 copago de visita
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, menos copago de visita o facilidad
Reparación o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos u otros dispositivos	Cubiertos cuando sean médicamente necesarios
Procedimientos Neurológicos	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos \$25 coaseguro
Pruebas neurológicas	Cubierta, menos \$25 coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$12 copago de visita
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, incluyendo los neuroendovasculares, menos \$25 copago de facilidad
Válvulas, su reparación o reemplazo; y cualquier otro dispositivo	Cubiertos cuando sean neurológicamente necesarios
Salud Mental	
Visitas a profesionales	Visitas a profesionales, Psiquiatra, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en psicología, ilimitadas para niños y adultos, incluyendo visitas colaterales. Menos \$12 copago de visita
Servicios de hospitalización	Hospitalización parcial 100%
Ambulancia por emergencia psiquiátrica	Cubierta, menos \$50 copago por viaje
Terapia de grupo	Cubierta, menos \$12 copago de visita
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias	
Psiquiatras y/o psicólogos y visitas a otros profesionales	Visitas a profesionales, psiquiatras, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en abusos de sustancias, ilimitadas. Menos \$12 copago de visita
Servicios ambulatorios	Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitadas. Menos \$12 copago de visita
Servicios de hospitalización	Hospitalización parcial 100%
Autismo	
<p>Se cubren de manera ilimitada servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo. Estos servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables, si alguno. Servicios incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias del habla y lenguaje • Visitas a especialistas, entre otros. 	

Hospicio	
<p>Programa de tratamiento al asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses como resultado de su enfermedad. Todos los servicios de hospicio están sujetos al copago de admisión aplicable. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.</p>	
Visión	
<p>Beneficio máximo \$150 por año póliza por reembolso</p>	
Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico	
<p>Servicios de emergencia en los Estados Unidos</p>	<p>Servicios recibidos en facilidad contratada por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre que sea posible los servicios de emergencia deben ser recibidos en una facilidad contratada. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las primeras 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. Los pagos por servicios de sala de emergencia y admisiones posteriores provistas por un proveedor contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$75 copago de sala de emergencia. <p>Servicios recibidos en facilidades <u>no</u> contratadas por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pagos por servicios de sala de emergencia y provistas por un proveedor no contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$75 copago de sala de emergencia. • Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. • El médico a cargo del paciente solicitará el traslado del asegurado luego de completar servicios de emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado.

<p>Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico</p>	<p>Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos el copago que aparecen descritos en la póliza.</p> <p>Todas las reclamaciones por servicios provistos fuera de Puerto Rico o de los Estados Unidos tienen que ser sometidas a Humana con toda la evidencia de los servicios médicos rendidos, dentro de un periodo de un (1) año a partir de la fecha en que fueron provistos o a la fecha de alta, lo que ocurra después, para asegurar reembolso cuando aplique.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiando en los Estados Unidos

Dependiente estudiando en una universidad en los Estados Unidos de América, como se incluye en la definición de dependiente, incisos (b) al (g), puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores participantes en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El dependiente cursando estudios universitarios, conforme a la definición de dependiente, incisos (b) al (g), debe ser elegible para recibir cubierta bajo este Plan y los servicios ambulatorios recibidos en los Estados Unidos deben ser servicios cubiertos en este Certificado.
- El estudiante universitario asegurado deberá ser estudiante a tiempo completo en una universidad acreditada en los Estados Unidos. Para efectos de este requisito, se entenderá que el estudiante está a tiempo completo si cursa doce (12) créditos; seis (6) créditos en el caso de estudiantes que cursan estudios graduados. Cualquier excepción a esta presunción, deberá ser certificada por la institución universitaria.
- Para recibir servicios, el asegurado deberá coordinar y obtener pre-autorización de Humana para los servicios que así lo requiera este Certificado, a menos que los servicios cumplan con los criterios de urgencia o emergencias establecidos en este Certificado.
- Los servicios brindados por un proveedor de la red de proveedores de Humana o Choice Care se pagarán conforme a los beneficios establecidos en este Certificado. Aplicará cualquier copago, coaseguro y/o deducible establecido en este Certificado.
- Si el servicio es brindado por un proveedor no participante de la red de Humana o ChoiceCare, el servicio se pagará conforme a las tarifas contratadas para servicios similares en Puerto Rico, menos el copago, coaseguro y/o deducible que aplique. El asegurado será responsable de la diferencia entre la tarifa contratada de Humana en Puerto Rico y los cargos que facture la facilidad médica.

Cubierta de Gastos Médicos Mayores (“Major Medical”)

Deducible Anual	Individual: \$100.00	Familiar: \$200.00
Coaseguro	20% de coaseguro	
Cirugía maxilofacial, diagnóstico y servicios terapéuticos	Cubierto por lesiones sufridas en un accidente, fracturas de quijada, neoplasmas, lesiones a los dientes naturales, incluyendo su reemplazo dentro de un periodo de seis meses siguientes del accidente, considerando que el asegurado estaba cubierto bajo esta póliza al momento de ocurrir el accidente.	
Facilidad de enfermería diestra	Cubierto hasta un máximo de 60 días por año póliza; se requiere pre-autorización	

Equipo médico duradero	<p>Compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario. A nuestra opción, se cubre el costo o el alquiler del equipo médico. Si el costo por el alquiler del equipo es mayor que lo que pagaría el asegurado si lo compra, sólo el costo de la compra se considera gasto cubierto. En tal caso, el gasto total del equipo médico duradero no puede exceder su precio de compra. Nosotros no pagamos por equipos o aparatos no específicamente diseñados y dirigidos al tratamiento de una lesión o enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órtesis: No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles “over-the-counter” OTC. • Suplido: no se cubren los que no necesitan receta, disponibles “over-the-counter” OTC. • Implantes; menos coaseguro aplicable. Necesita pre-autorización.
Prótesis	<p>Cubierta la inserción inicial de prótesis médicamente necesaria. También se cubrirá el reemplazo de dicha prótesis si es determinado por el médico del asegurado por motivo de cambio o crecimiento.</p>
Terapia respiratoria	<p>Excesos de lo cubierto en la Cubierta Básica</p>
Terapia física	<p>Excesos de lo cubierto en la Cubierta Básica</p>
Terapias de rehabilitación	<p>Cubiertas, ilimitadas, cuando son ofrecidas por un patólogo o terapeuta del habla para restaurar la pérdida del habla o el impedimento como resultado de un trauma, infarto o procedimiento quirúrgico mientras esté asegurado bajo esta póliza.</p>
Terapias Ocupacional	<p>Cubiertas, ilimitadas, como resultado de un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico.</p>
Cirugía reconstructiva	<p>Cubierta cuando es por heridas sufridas en un accidente mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y no esté cubierto por otro programa (ACAA, FSE, etc.)</p>
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C	<p>Cubiertas. Prueba de cernimiento cubierta al 100% bajo Servicios Preventivos.</p>
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hemofilia	<p>Cubiertas</p>
Vacunas de alergia	<p>Cubiertas hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza.</p>
Trasplante de órganos y tejidos	<p>Cubiertos en centros de excelencia contratados por Humana y aprobados por adelantado por Humana.</p>
Servicios NO disponibles en Puerto Rico rendidos en los Estados Unidos	<p>A) Humana cubrirá los servicios <u>solamente</u> si las siguientes condiciones se cumplen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El asegurado debe estar cubierto por el plan, y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de la póliza. 2. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al asegurado no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o procedimiento quirúrgico disponible en Puerto Rico o está basado en la reputación o reconocimiento de un proveedor en específico. 3. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio. 4. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades contratadas por Humana o ChoiceCare. 5. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables bajo la cubierta médica. No aplican los deducibles y coaseguros de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores. <p>B) Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con Humana en P.R., el asegurado será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. Humana reembolsará al asegurado basado en las tarifas contratadas en P.R., menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables según descritos en la póliza; solamente si las condiciones A1 y A2 se cumplen.</p>

Telemedicina											
<p>Consultas virtuales, incluyendo video, están cubiertas con proveedores certificados de la red menos copago aplicable de visita. Adicional, visitas con un médico de atención primaria, ilimitadas, menos \$25 copago, disponible a través de www.mdlive.com/humanapr. \$0 copago aplica durante periodo de emergencia de COVID-19.</p>											
Beneficios adicionales											
Cubierta de Farmacia											
Rx3 Tradicional	<p>Medicamentos genéricos (Nivel 1) - \$5 copago al detal / \$10 copago por correo</p> <p>Medicamentos de marca preferida (Nivel 2) - \$25 copago al detal / \$50 copago por correo</p> <p>Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) - 25% coaseguro al detal y por correo</p> <p>Medicamentos especializados - 35% máximo \$500 al detal</p> <p>Incluye Terapia Escalonada</p> <p>*Suplido de 30 días al detal y de 90 días por correo.</p> <p>MAC B Genérico preferido; receta debe especificar no sustituir medicamento de marca para que no aplique diferencia en costo entre marca y genérico más copago de marca.</p>										
Dental											
DP3	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Diagnóstico y Preventivo</td> <td>Cubierto al 100%</td> </tr> <tr> <td>Restaurativos</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td>\$1,000 máximo anual</td> </tr> <tr> <td>Prótesis</td> <td>\$1,000 máximo anual</td> </tr> <tr> <td>Ortodoncia</td> <td>\$1,000 por año</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnóstico y Preventivo	Cubierto al 100%	Restaurativos	25% coaseguro	Periodoncia	\$1,000 máximo anual	Prótesis	\$1,000 máximo anual	Ortodoncia	\$1,000 por año
Diagnóstico y Preventivo	Cubierto al 100%										
Restaurativos	25% coaseguro										
Periodoncia	\$1,000 máximo anual										
Prótesis	\$1,000 máximo anual										
Ortodoncia	\$1,000 por año										

Aproveche todo lo que tiene disponible para su salud

Humana quiere asegurarse de que su cuidado crezca con usted a medida que cambia y de que tenga acceso a todo lo que necesita. ¿Sabía que muchos servicios, medicamentos y pruebas de detección están disponibles para usted y sin costo extra de desembolso personal, cuando se consideran tratamiento preventivo? Vea todo lo que tiene disponible.

Servicios preventivos para adultos

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas y el asesoramiento indicado abajo.

Pruebas de detección

Aneurisma aórtico abdominal	Prueba de detección una única vez para hombres de edades específicas que alguna vez hayan fumado ¹
Consumo indebido de alcohol	Prueba de detección y asesoría para todos los adultos
Presión arterial	Prueba de detección de presión arterial alta para todos los adultos
Colesterol	Prueba de detección para adultos de ciertas edades o de mayor riesgo ¹
Cáncer colorrectal	Prueba de detección para adultos entre 50-75
Depresión	Prueba de detección para todos los adultos
Diabetes	Prueba de detección para adultos entre 40-70 de mayor riesgo ¹
Hepatitis B	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Hepatitis C	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo o prueba de detección única para adultos nacidos entre 1945-1965 ¹
VIH	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Cáncer del pulmón	Pruebas de detección anuales para adultos de cualquier edad específica que fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años ¹
Obesidad	Prueba de detección para todos los adultos
Sífilis	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Consumo de tabaco	Prueba de detección para todos los adultos
Tuberculosis	Prueba de detección de infección latente para adultos de mayor riesgo ¹



Nota: Es posible que deba pagar la totalidad o parte de los costos cuando se completen los servicios para diagnosticar, monitorear o tratar una enfermedad, embarazo o lesión, en lugar de prevenir una enfermedad, embarazo o lesión.

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

Servicios preventivos para adultos, continuación

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas y el asesoramiento indicado abajo.

Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)

Aspirina	Uso de la aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares para mujeres y hombres de edades específicas ¹
Preparación para colonoscopia	Medicamentos para la preparación intestinal para adultos entre 50-75
Dejar de fumar	Los medicamentos para dejar de fumar de venta sin receta y con receta para afiliados de 18 años y más
Estatina	Uso de estatina de dosis baja a moderada para adultos entre 40-75 de mayor riesgo ¹
Profilaxis previa a la exposición al VIH	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH ¹

Asesoramiento

Dieta saludable y actividad física	Asesoramiento para la prevención de enfermedad cardiovascular en adultos con factores de riesgo cardiovascular o mayor riesgo de enfermedad crónica ¹
Obesidad	Referido a intervenciones del comportamiento intensivas de componentes múltiples para pacientes con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m o más
Infección de transmisión sexual (STI)	Asesoramiento preventivo para adultos de mayor riesgo ¹
Dejar de usar tabaco	Intervenciones para dejar de fumar para consumidores de tabaco

Otros

Ejercicio o terapia física	Prevención de caídas en adultos con 65 años o más, con riesgo creciente de caídas
Cáncer de la piel	Asesoramiento breve para adultos jóvenes hasta los 24 años para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta

¿SABÍA USTED?

El cuidado preventivo puede ayudar a detectar problemas de salud potenciales temprano, cuando es más fácil de tratar.



Vacunas

(vacunas para adultos: las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían)²

Varicela

Hepatitis A

Hepatitis B

Virus del papiloma humano (VPH)

Influenza

Sarampión, Paperas, Rubéola (SPR)

Meningocócico

Neumocócico

Culebrilla/herpes zóster

Tétano, difteria, tos ferina (DTaP)

Humana[®]

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

²Para obtener más información sobre las recomendaciones, los recursos y los programas de vacunación, consulte los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html

Servicios preventivos para mujeres (incluye mujeres embarazadas)

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección y el asesoramiento indicado abajo.

Asesoramiento	Pruebas de detección	
Asesoría genético para mujeres con resultado positivo de BRCA	Anemia	Pruebas de detección rutinarias para mujeres embarazadas
Quimioprevención del cáncer de mama Asesoría para mujeres con creciente riesgo de cáncer de mama ¹	Bacteriuria	Prueba de detección del tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas
Violencia doméstica e interpersonal Pruebas de detección y referidos para servicios de intervención	BRCA	Prueba de detección para mujeres de mayor riesgo ¹
Dejar de usar tabaco Intervenciones conductuales y asesoramiento ampliado para consumidoras de tabaco embarazadas	Mamografía de cáncer de mama	Prueba de detección cada 1-2 años para mujeres de 40 años o más
Depresión perinatal Intervenciones de asesoramiento para mujeres embarazadas y posparto con mayor riesgo ¹	Cáncer de cuello uterino	Prueba de detección para mujeres con cervix, independientemente de su historial sexual, en edades e intervalos específicos ⁴
	Infección por clamidia	Prueba de detección para mujeres jóvenes y otras con mayor riesgo ¹
	Depresión	Prueba de detección para mujeres embarazadas y en posparto
	Diabetes gestacional	Prueba de detección para mujeres después de la semana 24 de gestación
	Gonorrea	Prueba de detección para todas las mujeres de mayor riesgo ¹
	Hepatitis B	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	VIH	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	Prueba del VPH-ADN	Pruebas de alto riesgo cada 3 años para mujeres con resultados citológicos normales que tienen 30 años o más ¹
	Osteoporosis (densidad ósea)	Prueba de detección para mujeres de 65 años y más y mujeres con mayor riesgo ¹
	Preeclampsia	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	Incompatibilidad de Rh	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita prenatal y entre las 24-28 semanas de gestación
	Sífilis	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
Otros servicios	Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)	
Lactancia materna³ Equipo y asesoramiento para promover la lactancia materna durante el embarazo y en el periodo posparto	Aspirina para prevenir preeclampsia	Dosis baja de aspirina después de 12 semanas de gestación en mujeres de alto riesgo ¹
Métodos anticonceptivos y asesoramiento³	Medicamentos para la prevención del cáncer de mama	Para mujeres con creciente riesgo de cáncer de mama ¹
	Anticoncepción	Anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres en capacidad reproductiva para evitar embarazos
	Vitaminas prenatales/ ácido fólico	Para mujeres embarazadas, que puedan embarazarse o capaces de quedar embarazadas

Humana[®]

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

³El 1 de agosto de 2011, el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos divulgó nuevas directrices relacionadas a la cobertura de los servicios preventivos para mujeres. Las nuevas directrices establecían que los planes de seguro sin derechos adquiridos con años del plan que comiencen a partir del 1 de agosto de 2012 deben incluir estos servicios sin costos compartidos.

⁴Mujeres de 21-65: Con citología (examen de Papanicolau) cada tres años; mujeres de 30-65: queriendo extender el intervalo de la prueba de detección. Le recomendamos que busque asesoramiento profesional, incluido un asesor legal, en relación a cómo los nuevos requisitos afectarán su plan específico. Para obtener más detalles, consulte el Certificado de cobertura de su plan.

Servicios preventivos para niños

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas, el asesoramiento y los suplementos indicado abajo.

Vacunas

(vacunas para niños desde su nacimiento hasta los 18 años: las dosis, las edades y las poblaciones varían)²

Varicela

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

Hepatitis A

Hepatitis B

Virus del papiloma humano (VPH)

Poliovirus inactivado

Influenza

Sarampión, Paperas, Rubéola (SPR)

Meningocócico

Neumococo

Rotavirus

Tétano, difteria, tos ferina (DTaP)

Asesoramiento

Obesidad

Referido para intervenciones intensivas del comportamiento para promover mejorar el peso

Infección de transmisión sexual (STI)

Asesoramiento preventivo para adolescentes de mayor riesgo¹

Cáncer de piel

Asesoramiento para jóvenes adultos entre 10-24 años para reducir su exposición a la radiación ultravioleta

Consumo de tabaco

Educación y asesoramiento breve para la prevención de la iniciación en el uso de tabaco de niños y adolescentes en edad escolar

Consulte su Certificado de cobertura para obtener detalles sobre todos los servicios cubiertos y los niveles de beneficios.

Humana

Pruebas de detección

Abuso de drogas y alcohol	Evaluaciones para adolescentes
Autismo	Prueba de detección para niños de 18-24 meses
Comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades
Depresión	Prueba de detección para adolescentes
Del desarrollo	Prueba de detección para niños menores de 3 años, y vigilancia durante toda la infancia
Dislipemia	Prueba de detección para niños de mayor riesgo de trastorno lipídicos ¹
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños de todas las edades
Hemoglobinopatías	Prueba de detección de anemia falciforme en recién nacido
Hepatitis B	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Hipotiroidismo	Prueba de detección para recién nacidos
VIH	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Plomo	Prueba de detección para niños en riesgo de exposición
Expediente médico	Para todos los niños a lo largo del desarrollo
Obesidad	Prueba de detección para niños de 6 años o más
Salud oral	Evaluación de riesgo para niños pequeños
Fenilcetonuria (PKU)	Prueba de detección para recién nacidos
Infección de transmisión sexual	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Tuberculina	Pruebas para niños de mayor riesgo de tuberculosis ¹
Visión	Prueba de detección para todos los niños de edades entre 3-5 años

Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)

Quimioprevención con fluoruro	Suplementos comenzando a los 6 meses de edad para niños sin fluoruro en sus fuentes de agua
Recubrimiento con fluoruro	Aplicación hecha por un médico clínico de cuidados primarios en dientes primarios comenzando con la erupción de los dientes y hasta lo 5 años
Gonorrea	Medicamento para la prevención en los ojos de todos los recién nacidos
Profilaxis previa a la exposición al VIH	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH ¹
Hierro	Suplementos para niños entre 6-12 meses con riesgo de anemia

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

²Para obtener más información sobre las recomendaciones, los recursos y los programas de vacunación, consulte los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html

Esta comunicación proporciona una descripción general de ciertos beneficios de seguros o no seguros identificados provistos bajo uno o más de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar vigente o ser descontinuada. Para obtener información sobre costos y detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a Humana, o a su agente o corredor de seguros de Humana. En caso de alguna discrepancia entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan prevalecerá.

Medicamentos preventivos para la mujer

Vigencia 1 de enero de 2023

En Humana, estamos comprometidos a suplir las necesidades de la mujer para el cuidado de su salud. En la lista siguiente, encontrará los medicamentos para el control de la natalidad y prenatales disponibles sin costo alguno. La lista pudiera no ser válida para todos los planes de salud y puede cambiar con el tiempo. Para comprender mejor su beneficio de medicamentos recetados, visite Humana.com. Puede también llamar a un representante del Servicio al Cliente de Humana al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado/a de Humana.

*Debe obtener una receta médica para que podamos procesar una reclamación por productos o medicamentos preventivos bajo su plan de farmacia. Esto también incluye artículos de venta al público. Una vez que haya una alternativa genérica disponible para un medicamento de marca, el beneficio de \$0 por Cobertura de Medicamentos para la Mujer se aplicará solamente a la receta genérica. Otros medicamentos anticonceptivos pudieran estar disponibles para usted sin costo alguno si son necesarios por razones médicas. Su proveedor de servicios de salud puede comunicarse con el equipo de Revisión clínica y farmacéutica de Humana HCPR (en inglés) al **800-555-2546 (TTY:711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para solicitar una revisión debido a necesidad médica de un medicamento anticonceptivo.

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
Anticonceptivos	afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	after pill 1.5 mg tablet	
	AFTERA 1.5 MG TABLET	
	altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet - MM	
	apri 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	aubra 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	aviane 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	bekyree 28 day tablet - MM	
	blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	
	camila 0.35 mg tablet - MM	
	caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	cyclafem 1-35-28 tablet - MM	
	cyclafem 7-7-7-28 tablet - MM	
	cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	deblitane 0.35 mg tablet - MM	
	desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb - MM	
	desogestr-eth estrad eth estra - MM	
	dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet - MM	
	drospirenone-ee 3-0.02 mg tab - MM	
	drospirenone-ee 3-0.03 mg tab - MM	
	econtra ez 1.5 mg tablet	
	econtra one-step 1.5 mg tablet	
	elinest 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	ELLA 30 MG TABLET	Puede aplicar QL
	eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring - MM	Puede aplicar QL
	emoquette 28 day tablet - MM	
	enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	errin 0.35 mg tablet - MM	
	estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg - MM	
	etonogestrel-ee vaginal ring - MM	Puede aplicar QL
	falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	FC2 FEMALE CONDOM	
	FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	
	femynor 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	hailey 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	heather 0.35 mg tablet - MM	
	iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	incassia 0.35 mg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet - MM	
	jencycla 0.35 mg tablet - MM	
	jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet - MM	
	kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	KYLEENA 17.5 MCG/24 HRS (5YRS) 19.5MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	larissia-28 tablet - MM	
	lessina 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	levono-e estrad 0.15-0.03-0.01 - MM	Puede aplicar QL
	levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01 - MM	Puede aplicar QL
	levonor-eth estra 0.09-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.15-0.03 - MM	Puede aplicar QL
	levonor-eth estrad triphasic - MM	
	levonorgestrel 1.5 mg tablet	
	levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	LILETTA 20.1 MCG/24 HRS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	lillow-28 tablet - MM	
	LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET - MM	
	lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet - MM	
	low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet - MM	
	lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	lyleq 0.35 mg tablet - MM	
	lyza 0.35 mg tablet - MM	
	marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	medroxyprogesterone 150 mg/ml - MM	Puede aplicar QL
	merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	mili 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	MIRENA 20 MCG/24 HOURS (7 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	my choice 1.5 mg tablet	
	my way 1.5 mg tablet	
	necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	new day 1.5 mg tablet	
	NEXPLANON 68 MG SUBDERMAL IMPLANT	
	nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet - MM	
	nora-be 0.35 mg tablet - MM	
	noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 - MM	
	noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 - MM	
	noreth-ee-fe 1-0.02(21)-75 tab - MM	
	norethind-eth estrad 1-0.02 mg - MM	
	norethindrone 0.35 mg tablet - MM	
	norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025 - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035 - MM	
	norgestimate-ee 0.25-0.035 mg - MM	
	norg-ethin estra 0.25-0.035 mg - MM	
	norlyda 0.35 mg tablet - MM	
	nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ocella 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	opcicon one-step 1.5 mg tablet	
	option-2 1.5 mg tablet	
	orsythia-28 tablet - MM	
	PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	philith 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	pimtreea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	pirmella 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	previfem tablet - MM	
	reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	sharobel 0.35 mg tablet - MM	
	simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	SKYLA 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	syeda 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	taysofy 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE 1,000 MG VAGINAL CONTRACEPTIVE SPONGE	
	tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet - MM	
	tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet - MM	
	tri-previfem tablet - MM	
	tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tulana 0.35 mg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	
	TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET - MM	
	vcf contraceptive 4 % vaginal gel	
	velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	vienva 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL	
	xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zarah 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	zovia 1-35e tablet - MM	
	zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
Ácido fólico prenatal	BRAINSTRONG PRENATAL 33 MG IRON-800 MCG-350 MG ORAL PACK - MM	
	CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG TABLET - MM	
	EXPECTA PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	fa-8 0.8 mg capsule - MM	
	folic acid 0.4 mg tablet - MM	
	folic acid 0.8 mg tablet - MM	
	folic acid 400 mcg tablet - MM	
	folic acid 800 mcg capsule - MM	
	folic acid 800 mcg tablet - MM	
	kpn tablet - MM	
	MULTI-MAC 15 MG IRON-1,750 MCG DFE TABLET - MM	
	ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 28 MG IRON-800 MCG ORAL PACK - MM	
	one daily prenatal 28 mg-800 mcg-440 mg oral pack - MM	
	ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON-800 MCG-235 MG CAPSULE - MM	
	PERRY PRENATAL 13.5 MG-0.4 MG CAPSULE - MM	
	prenatal + dha 28 mg iron-800 mcg-200 mg oral pack - MM	
	prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	prenatal 28 mg-800 mcg tablet - MM	
	prenatal complete 14 mg iron-400 mcg tablet - MM	
	prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	prenatal multi 27 mg-800 mcg tablet - MM	
	prenatal multi-dha (algal oil) 27 mg iron-800 mcg-250 mg capsule - MM	
	prenatal multi-dha (with vitamin k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg capsule - MM	
	prenatal multivitamins 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal one daily 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal tablet - MM	
	prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-0.8 mg tablet - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal vitamins with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal with dha and folic acid 400 mcg-32.5 mg chewable tablet - MM	
	SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	ULTRA PRENATAL PLUS DHA 27 MG-800 MCG-250 MG-200 MG CAPSULE - MM	

Los planes de Humana Plans los ofrece Family of Insurance and Health Plan Companies incluyendo a Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plans of Michigan, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation, o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o son asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, EmpheSys Insurance Company, o Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00187-0009 o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

En Arizona: Ofrecidos por Humana Health Plan, Inc. o asegurados por EmpheSys Insurance Company o asegurados o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Consulte el Documento de su plan de beneficios (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan) para obtener más información sobre la compañía que ofrece sus beneficios.

Nuestros planes de beneficios de salud contienen limitaciones y exclusiones.



Medicamentos de Venta Libre (OTC)

Listado de Medicamentos

Los siguientes medicamentos OTC están cubiertos, menos \$1 de copago por un suministro de 30 días. Se requiere receta médica. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos, consulte el Formulario de medicamentos, disponible en www.humana.com/druglist.

Clase Terapéutica	Medicamento
COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 2^{DA} GENERACIÓN CON DESCONGESTIONANTE	Cetirizine Hcl/Pseudoephedrine 5 Mg- 120mg Tab Er 12h
	Fexofenadine/Pseudoephedrine 180- 240mg Tab Er 24h
	Fexofenadine/Pseudoephedrine 60mg-120mg Tab Er 12h
	Loratadine/Pseudoephedrine 5 Mg- 120mg Tab Er 12h
	Loratadine/Pseudoephedrine 10mg- 240mg Tab Er 24h
ANTIISTAMÍNICOS DE 2^{DA} GENERACIÓN	Cetirizine Hcl 5 Mg Tab Chew
	Cetirizine Hcl 10 Mg Tab Chew
	Cetirizine Hcl 5 Mg/5 Ml Solution
	Loratadine 5 Mg Tab Rapdis
	Fexofenadine Hcl 60 Mg Tablet
	Fexofenadine Hcl 180 Mg Tablet
	Cetirizine Hcl 1 Mg/5 Ml Solution
	Cetirizine Hcl 10 Mg Tablet
	Cetirizine Hcl 5 Mg Tablet
	Loratadine 10 Mg Tab Rapdis
	Loratadine 5 Mg/5 Ml Solution
	Loratadine 10 Mg Tablet
	Fexofenadine Hcl 30 Mg/5 Ml Oral Susp
	Loratadine 5 Mg Tab Chew
ANTIISTAMÍNICOS OFTÁLMICOS	Ketotifen Fumarate 0.025 % Drops
ESTEROIDES ANTI-INFLAMATORIOS NASALES	Triamcinolone Acetonide 55 Mcg Spray
	Fluticasone Propionate 50 Mcg Spray Susp
INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTÓN	Lansoprazole 15 Mg Capsule Dr
	Omeprazole Magnesium 20 Mg Tablet Dr
	Omeprazole 20 Mg Tablet Dr
	Omeprazole/Sodium Bicarbonate 20mg-1.1g Capsule
LAXANTES Y PURGANTES	Polyethylene Glycol 3350 Powder
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TIPO ANALGÉSICO	Ibuprofen 200 Mg Capsule
	Ibuprofen 100 Mg/5ml Oral Susp



Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009. Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services free of charge are available to you. Call 1-800-314-3121 (TTY: 711). Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-314-3121 (TTY: 711). 繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-314-3121 (TTY: 711).

ENVÍO POR CORREO

CenterWell Pharmacy

Cada vez más afiliados de Humana eligen CenterWell Pharmacy™ por su valor, experiencia, seguridad, precisión, conveniencia y servicio.



¿Por qué elegir CenterWell Pharmacy?

Ahorros. Muchos planes de Humana permiten ahorrar costos si se encarga un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días a través de una farmacia con envío por correo, en lugar de una farmacia minorista. Además, el equipo de farmacia trabajará con usted y su proveedor para encontrar medicamentos que cuesten menos.

Equipo de farmacia experimentado. Contamos con farmacéuticos disponibles para responder preguntas sobre sus medicamentos y nuestros servicios.

Tranquilidad. Dos farmacéuticos revisarán sus nuevas recetas para cerciorarse de que sea seguro combinar esa medicación con sus otros medicamentos. El equipo dispensador y los frascos termosellados con láminas inviolables ayudan a garantizar calidad y seguridad. Además, su pedido se entrega en un paquete sin identificación para más seguridad.

Recordatorios oportunos. Para ayudarle a asegurarse de que tenga los medicamentos y suministros que necesita cuando los necesita, podemos recordarle cuándo es el momento de volver a repetir la receta de sus medicamentos. Solo tiene que configurar sus preferencias cuando se registre en [CenterWellPharmacy.com](https://www.CenterWellPharmacy.com).

Envío por correo para ahorrar tiempo. Su medicamento será enviado de forma segura a la dirección que usted elija. Eso significa que usted ya no necesitará ir a la farmacia. Ya no tendrá que esperar ni hacer cola para retirar su medicamento. Olvídense de las complicaciones. Es posible que pueda hacer sus pedidos tan solo cuatro veces al año y así tener más tiempo para hacer las cosas que le gustan.

Elija a CenterWell Pharmacy como recurso principal

Medicamentos de mantenimiento. Medicamentos que toma todo el tiempo para afecciones, como colesterol alto, presión arterial alta y asma.

Medicamentos de especialidad. Terapias especializadas para tratar enfermedades crónicas o complejas, como artritis reumatoide y cáncer.

Visite [CenterWellPharmacy.com](https://www.CenterWellPharmacy.com)

Luego de afiliarse a Humana, podrá iniciar sesión con su número de identificación de MyHumana o registrarse para comenzar. También puede inscribirse llamando al **800-379-0092 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m., y los sábados de 8 a. m a 6:30 p. m., hora del este.

Humana®



Su salud es importante para nosotros. CenterWell Pharmacy puede ofrecer el valor y el servicio que usted espera de una farmacia.

Opciones flexibles para hacer pedidos

En línea

CenterWellPharmacy.com. Presente una nueva receta, solicite la repetición de una receta, revise su pedido y obtenga información para saber cómo comenzar.

Proveedor

Avise a su proveedor que puede enviarle las recetas electrónicamente a través de e-Prescribe. Los proveedores también pueden completar el formulario para fax descargándolo de **CenterWellPharmacy.com/forms** y enviando la receta por fax a CenterWell Pharmacy al **800-379-7617** o a CenterWell Specialty Pharmacy al **877-405-7940**.

Correo

Descargue “Registration & Prescription Order Form” (“Formulario de registro y pedido de medicamentos recetados”) de **CenterWellPharmacy.com/forms** y envíe por correo sus recetas en papel a:
CenterWell Pharmacy
P.O. Box 745099
Cincinnati, OH 45274-5099

Teléfono

Llame a CenterWell Pharmacy al **800-379-0092 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m., y los sábados de 8 a. m a 6:30 p. m., hora del este.

Para solicitar medicamentos de especialidad, llame a CenterWell Specialty Pharmacy® al **800-486-2668 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 6:30 p. m., hora del este.

Aplicación móvil de CenterWell Pharmacy

1. Vaya a **CenterWellPharmacy.com/about/mobile-apps.cmd**
2. Descargue nuestra aplicación CenterWell Pharmacy desde iTunes App Store® o Google Play™.
3. Inicie sesión o seleccione “Transfer Rx as guest” (“Transferir recetas como invitado”) en la pantalla de inicio.

El ciclo de vida de una receta

1. CenterWell Pharmacy recibe su pedido de medicamentos recetados. Su proveedor puede enviarnos sus nuevas recetas por fax, teléfono o algún medio electrónico. Usted también puede enviar sus recetas de medicamentos nuevos por correo acompañadas de un formulario de pedido. Los formularios de pedido pueden descargarse en **CenterWellPharmacy.com/forms**.
2. Un asociado revisa la cobertura de beneficios de su farmacia, ingresa su pedido y crea un número exclusivo de envío.
3. Un farmacéutico revisa su pedido de medicamentos recetados para verificar que no haya errores y no existan posibles interacciones farmacológicas, enfermedades o alergias.
4. Los pedidos aprobados siguen el proceso de pago. Si su plan no cubre el medicamento, CenterWell Pharmacy revisará el reclamo y solucionará el problema. Si no es posible entregar los medicamentos recetados, Humana se comunicará con usted para avisarle de la demora o le devolverá su receta con una explicación.
5. Un sistema automatizado surtirá su medicamento y un farmacéutico se asegurará de que coincida con la etiqueta antes de que sellarlo.
6. CenterWell Pharmacy le enviará el pedido, junto con una factura para sus registros, la información necesaria del medicamento y las indicaciones adecuadas para la administración de la dosis. El envío estándar es gratuito. Existe la opción de envío acelerado con un costo adicional. Usted debería recibir su nuevo medicamento recetado por correo postal entre 7 y 10 días después de que CenterWell Pharmacy haya obtenido toda la información necesaria. Los pedidos de renovación de medicamentos recetados deberían llegar en un plazo de entre 5 y 7 días. El plazo podría ser mayor si fuera necesario comunicarse con usted o con su proveedor para hacer preguntas sobre el pedido.

Humana®

Y0040_GCHJNZGSP_22_M

Diagnóstico y Preventivo	El suscriptor paga
Examen oral inicial, limitado a uno por año póliza.	0%
Examen periódico, uno cada seis (6) meses.	0%
Examen de emergencia uno cada seis meses	0%
Panorámicas hasta un máximo de una (1) cada tres (3) años.	0%
Radiografías periapicales, una (1) inicial y cinco (5) adicionales por año póliza.	0%
Radiografías de mordida, un (1) set cada dos (2) años.	0%
Serie completa (FMX) de radiografías, un (1) set cada tres (3) años.	0%
Limpiezas dentales para adultos y niños, una cada seis (6) meses.	0%
Aplicación de fluoruro a niños y adolescentes hasta los 19 años, una cada seis (6) meses.	0%
Aplicación de sellantes, limitado a menores de 14 años, un tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes.	0%
Mantenedores de espacio para sustituir molares deciduos que se pierdan prematuramente, uno por área por asegurado por vida.	0%
Restaurativos	
Restauraciones en amalgama y/o resinas compuestas.	25%
Endodoncia, incluye tratamiento de canal y relleno de canal para toda la dentadura.	25%
Apicectomía	25%
“Retrograde filling”	25%
Amputación de raíz	25%
Extracciones quirúrgicas, incluyen el cuidado pre y postoperatorio, anestesia local y sutura.	25%
Tratamiento Paliativo	25%
Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos (primarios)	25%
Exostosis	25%
Frenuléctomia	25%
Prótesis	\$800 máximo anual
Coronas	50%
Dentaduras completas y parciales (incluye reparaciones y ajustes)	50%
Puentes removibles	50%
Puentes fijos	50%
Periodoncia	\$800 máximo anual
Mantenimientos periodontales	50%
Gingivectomía y gingivoplastia	50%
Cirugía periodontal	50%
Alisado radicular	50%
Ortodoncia	\$1,000 por año
Visita inicial incluye modelos de estudio, radiografías e inserción de aparatos ortodónticos hasta un máximo de \$600.00 por visita	50%
Visitas mensuales hasta un máximo de \$100.00 por visita	50%
Retenedores hasta un máximo de \$300.00 por retenedor	50%

Permanezca dentro de la red y evite costos adicionales



Elegir médicos, hospitales y otros proveedores fuera de la red de Humana puede costarle más dinero. Utilizar proveedores de la red de Humana siempre que sea posible puede ayudarle a reducir sus costos de cuidado de la salud. Cuando utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que este le cobre más y le facture a usted la diferencia que su plan de Humana no cubre (siempre que esto esté permitido). Eso se denomina facturación del saldo.

¿Qué es la facturación del saldo?

La facturación del saldo ocurre cuando un proveedor fuera de la red le factura a usted la diferencia entre su cargo y lo que permite su plan de salud de Humana. Por ejemplo, supongamos que un médico fuera de la red cobra \$100 para revisar su MRI, pero su plan solo cubre y permite \$70. El médico puede facturarle los \$30 restantes, además de lo que usted puede adeudar por su deducible o su coseguro.

La **Ley contra facturas médicas inesperadas** no permite que un proveedor fuera de la red le facture lo siguiente:

- Servicios en casos de emergencia
- Servicios médicos en un centro de la red (es decir, radiólogo, anesthesiólogo)
- Ambulancia aérea

Tenga en cuenta: Cualquier factura de saldo que pueda pagar usted no se aplicarán a su deducible ni a su cantidad máxima de desembolso personal para el año del plan.

¿Qué es un proveedor fuera de la red?

Un proveedor fuera de la red es un médico, profesional del cuidado (profesional de enfermería practicante o anestesista) o centro (como un hospital, centro de procesamiento de laboratorio, centro de cirugía ambulatoria) que no forma parte de la red de su plan de salud.

Humana negocia con proveedores de cuidado de la salud y centros para proveer servicios a tarifas

más bajas, y así es como los médicos y hospitales comienzan a formar parte de la red. Los proveedores fuera de la red no tienen un contrato con Humana.

¿Qué sucede cuando uso un hospital o proveedor fuera de la red?

Sus gastos de desembolso personal (como copagos, coseguro y deducibles) pueden ser mayores. Eso se debe a que se le cobra el precio total de un servicio, y no la tarifa más baja negociada que pagaría a través de la red de Humana.

He ido a un hospital de la red. Todos los proveedores que hay allí pertenecen a la red, ¿verdad?

No necesariamente. Por ejemplo, si va a un hospital de la red para que le realicen una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), es posible que el médico que lee la MRI no pertenezca a la red. Ese médico puede cobrar el precio total del servicio, no la tarifa negociada más baja que se le permite a un proveedor de la red. La **Ley contra facturas médicas inesperadas** le protege para que no se le facture el saldo por diferencia entre lo que cobró el proveedor y lo que permite su plan de Humana.

¿Qué pasa si tengo una emergencia?

En una verdadera emergencia, debe consultar la sala de emergencias más cercana. Si recibe servicios en casos de emergencia de un médico u hospital fuera de la red, sus costos pueden ser superiores a los de un proveedor de la red. La **Ley contra facturas médicas inesperadas** también le protege para que no se le facture el saldo por diferencia entre lo que cobró el proveedor y lo que permite su plan de Humana.

¿Qué es un cargo permitido?

Un cargo permitido (a veces denominado cantidad permitida) es la cantidad que paga Humana para un servicio de cuidado de la salud cubierto.

Para los servicios no cubiertos por la **Ley contra facturas médicas inesperadas**: La cantidad que Humana permite que le cobre un proveedor fuera de la red a Humana por un servicio cubierto se denomina tarifa máxima permitida.*

Para los servicios cubiertos acorde a la **Ley contra facturas médicas inesperadas**: La cantidad que Humana permite es la cantidad de pago elegible.

**Se denomina cantidad “normal y acostumbrada” en algunos productos.*

Utilice médicos y centros de la red

Puede acceder a “Find a doctor or pharmacy” (Encontrar un médico o una farmacia) al iniciar sesión en **MyHumana**, su cuenta en línea segura en **espanol.humana.com**. También puede llamar al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana para verificar si un proveedor pertenece la red.

Este material se provee solo con fines informativos y no debe tomarse como consejo médico ni debe usarse como reemplazo del asesoramiento de un profesional médico certificado. Si se encuentra en una situación médica de emergencia o que pone en riesgo la vida, llame al 9-1-1 y busque atención médica de inmediato.

Esta comunicación proporciona una descripción general de determinados beneficios de seguro o no relacionados con seguro que se proporcionan a través de uno o más de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones, y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigencia o ser suspendida. Para conocer los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o bien, llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de discrepancia entre esta comunicación y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.

Los planes médicos grupales de Humana son ofrecidos por Humana Medical Plan, Inc.; Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.; Humana Health Plan, Inc.; Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.; Humana Health Plan of Ohio, Inc.; Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc., Licencia número 00235-0008; Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation; Humana Health Plan of Texas, Inc.; asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.; Humana Health Plan, Inc.; Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.; Humana Insurance Company; Humana Insurance Company of Kentucky; Humana Insurance of Puerto Rico, Inc., Licencia número 00187-0009; o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Es posible que, por diferencias lingüísticas, los enunciados contenidos en la publicación en otros idiomas diferentes al idioma inglés no reflejen rigurosamente el significado de la póliza original escrita en idioma inglés. En caso de discrepancia, la póliza, tal y como está redactada en inglés, se considera la fuente de referencia. Para residentes de Arizona: ofrecido por Humana Health Plan, Inc., o asegurado por Humana Insurance Company. Administrado por Humana Insurance Company.



¿Cómo puedo evitar costos adicionales?



Hable con su médico

Antes de realizarse una prueba de detección o un procedimiento de cuidado de la salud, asegúrese de hablar con su médico. Pregúntele sobre el centro y sobre cualquier otro especialista que pudiera participar activamente, de manera de poder asegurarse de que pertenecen a la red antes de recibir cuidado médico.



¿Qué sucede si recibo una factura de un saldo de un médico o centro fuera de la red?

Si cree que se le han facturado erróneamente servicios cubiertos acorde a la **Ley contra facturas médicas inesperadas**, puede comunicarse con el Servicio de ayuda para facturación inesperada (NSHD, por sus siglas en inglés) al: **1-800-985-3059** o visite cms.gov/nosurprises.



Conozca sus beneficios

Debe revisar su Descripción resumida del plan para asegurarse de comprender en su totalidad los beneficios de su plan de salud.

Puede acceder a ella de la siguiente forma:

1. **Regístrese** en MyHumana en **espanol.humana.com**
2. **Seleccione** la pestaña “Coverage” (Cobertura) en “Plan Benefits” (Beneficios del plan)
3. **Desplácese hacia abajo** y haga clic en “Coverage Details” (Detalles de cobertura)
4. **Descargue** su Descripción resumida del plan

Bienestar Total Humana

Humana ofrece diversos programas que te ayudarán a mejorar tu calidad de vida. Nuestro propósito es guiarte para que logres obtener un nivel de salud óptimo.

¿Cómo funcionan los programas de Bienestar Total Humana?

Profesionales de la Salud proveen orientación y apoyo de forma individual o grupal, proveyendo información de salud y coordinando servicios según tu necesidad.



Humana Beginnings

Durante el embarazo surgen preguntas sobre este periodo tan especial. El programa prenatal es ideal para apoyar a la madre durante y después del embarazo. Humana Beginnings cuenta con profesionales capacitados en lactancia, educación prenatal y cuidado post parto. Escribe al correo electrónico: **HumanaBeginningsPuertoRico@humana.com** para que puedas participar del programa y disfrutar todos sus beneficios. ¡Pregunta por los talleres de parto y lactancia cerca de tu comunidad!

Personal Nurse

Con el Programa Personal Nurse recibes educación y apoyo por profesionales de la enfermería en el manejo efectivo de las condiciones de salud para tu salud y bienestar. Para mayor información, no dudes en comunicarte al correo electrónico: **programasclinicoshumanapr@humana.com**

Calidad Humana

Si tú o algún miembro de tu familia padece de alguna condición de salud como; Asma, Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), Enfermedad Arterio Coronaria, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD), Diabetes, Hipertensión u Obesidad

este programa es para ti. Un profesional de enfermería se comunicará contigo para ofrecerte orientación y apoyo a través de seguimiento telefónico. Podrás tener mayor conocimiento sobre tu condición y poner en práctica las recomendaciones brindadas por un profesional de la salud. Si deseas mayor información, comunícate escribiendo al correo electrónico: **programasclinicoshumanapr@humana.com**

My Humana

Si deseas obtener información sobre tu salud, cubierta de plan médico y beneficios; o necesitas una certificación de cubierta acceda My Humana. En cualquier momento y a cualquier hora del día, podrás tener acceso nuestra página personalizada My Humana en internet:

<https://www.humana.com/logon/>

Educación y Prevención

Educación y Prevención te ofrece las herramientas para brindarte apoyo en prevenir y/o manejar efectivamente tu salud y bienestar. Te invitamos a que participes de los programas clínicos gratuitos. ¡Visita tu oficina de recursos humanos y entérate!

Humana®

PRHHH2DSP

Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009 y/o Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00235-0008. En Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. y Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. ("Humana"), es importante que usted reciba un trato justo. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-314-3121 (TTY: 711). Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-314-3121 (TTY: 711). 繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-314-3121 (TTY: 711)。

Si NO es una emergencia... ¡PIENSE PRIMERO EN MDLIVE!

Con MDLIVE puede consultar al doctor o al terapeuta las 24 horas, los 7 días de la semana, desde su hogar, de la oficina o estando de viaje.

MDLIVE le ahorra tiempo y dinero si lo compara con la consulta a emergencias o a una clínica de urgencias.

Usted podrá comunicarse con un médico certificado a cualquier hora, día y noche, mediante la aplicación móvil, por video o por teléfono. Nuestros doctores cuentan con un promedio de 15 años de experiencia.

Lo mejor de todo es que MDLIVE es económico.

Así que cuando se enferme y no sea una emergencia, trate de acudir primero a MDLIVE.

Atendemos los siguientes problemas de salud que no son una emergencia:

- Acné
- Alergias
- Resfrío/Gripe
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Problemas de los oídos
- Picadas de insectos
- Náuseas/ Vómitos
- Conjuntivitis
- Erupción en la piel
- Problemas Respiratorios
- Irritación de la garganta
- Y Más



Su COPAGO es de

\$0* Por Consulta

Su doctor le enviará la receta (de ser medicamento necesario) a su farmacia más cercana.

**Su doctor virtual está aquí.
¡Regístrese gratis hoy!**



Descargue la aplicación.
Regístrese gratis. Consulte un doctor.

MDLIVE.com/humanapr
1-888-921-0314

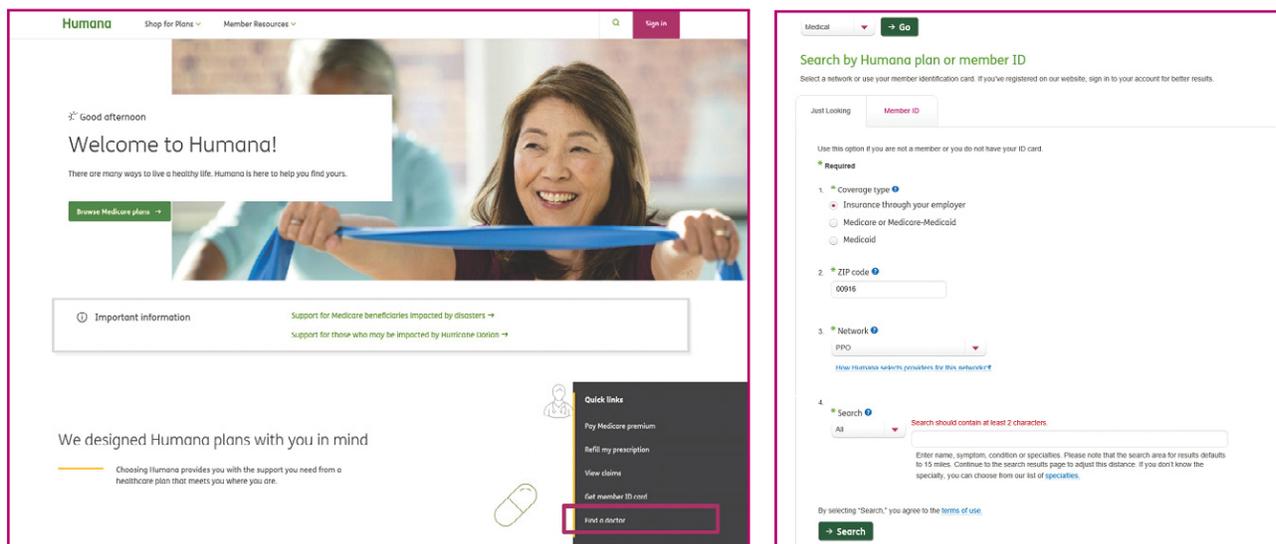
Busque un médico con Physician Finder Plus®

Physician Finder Plus es la herramienta en línea para búsqueda de proveedores de Humana. Es su guía para encontrar información actualizada sobre proveedores en la red de Humana.

La herramienta provee nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores en la red. Puede escoger filtrar sus resultados por especialidad o por la distancia desde su casa u oficina.

Para buscar un proveedor participante, visite **Humana.com**, desplácese a la parte inferior de la página y seleccione **Find a doctor** (Encontrar un médico). Usando la pestaña de **Just Looking** (Eche un vistazo), necesitará su código postal y tipo de plan para ayudar a limitar su búsqueda. Este servicio también está disponible en MyHumana y en la aplicación móvil de MyHumana para su teléfono inteligente.

De necesitar más asistencia para buscar a un proveedor en la red, llame al número de Servicio al Cliente en el dorso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.



Para buscar a un proveedor participante, seleccione **Search type** (Tipo de búsqueda) (Médico, Dental o Farmacia), use la pestaña de **Just Looking** (Eche un vistazo) y entonces ingrese lo siguiente:

- Tipo de cobertura: **Seguro a través de su empleador**
- Entre data de su código postal
- Red: **Seleccione la flecha y escoja del listado: PPO**
- Buscar: Nombre, especialidad, condición o todos
- Seleccione el botón de **Buscar**



Humana®

Reciba un descuento de EyeMed para la vista

Como suscriptor de Humana, recibirá el programa de descuento EyeMed Vision sin costo para usted. EyeMed le ofrece acceso a 40,000 proveedores nacionales, entre ellos optómetras, oftalmólogos, ópticos y minoristas tales como LensCrafters® Pearle Vision® y JCPenney.



Para encontrar un proveedor de EyeMed

- Haga clic en “EyeMed Vision Care” (Cuidado de la vista de EyeMed) debajo de “Provider Search” (Búsqueda de proveedores) en la sección de afiliados de **Humana.com** o comuníquese sin cargo con el servicio localizador de EyeMed al 1-866-392-6056.

- Para encontrar a un proveedor de corrección de la vista con LASIK o PRK, llame al 1-877-5LASER6



Es muy fácil obtener un descuento de un proveedor de EyeMed

- Presente la siguiente tarjeta de descuento para la vista o
- Presente su tarjeta de identificación de suscriptor de Humana o
- Imprima la tarjeta de descuento para la vista ingresando en MyHumana, su página de afiliados en **Humana.com** y haga clic en “EyeMed Discount” (Descuento de EyeMed), en “Savings Center” (Centro de ahorros), en la pestaña desplegable Health and Wellness (Salud y Bienestar).

Consulte al dorso de esta hoja para obtener una lista de los servicios para la atención de la vista.

Humana®

EyeMed Vision Discount

For a location nearest you call 1-866-995-9316.

This vision discount program is not part of your insurance.



Programa de descuento para la vista

(los precios de venta al detal pueden variar según el lugar)

Exámenes	El suscriptor paga
Examen de rutina	\$5 de descuento
Evaluación de lentes de contacto	\$10 de descuento

Lentes plásticos estándar	El suscriptor paga
Lentes sencillos	\$50
Bifocales	\$70
Trifocales	\$105

Monturas

Descuento disponible: 35 por ciento de descuento en los precios al detal en todas las monturas, excepto cuando esté prohibido por el fabricante.

Opciones de lentes	El suscriptor paga
Con protección contra rayos ultravioleta	\$15
De color (uniforme o gradiente)	\$15
Con capa estándar contra raspaduras	\$15
Con policarbonato estándar	\$40
Progresivo estándar* (complementario para lentes bifocales)	\$65
Con capa antirrefleitora estándar	\$45
Otros complementos y servicios	20% de descuento

* El costo de las lentes progresivas de primera calidad es igual al precio de venta al detal de las lentes progresivas básicas, más un 20 por ciento de descuento en el saldo de este precio.

Lentes de contacto

Las lentes convencionales tienen un 15 por ciento de descuento en el precio al detal. El descuento se aplica solamente a los materiales (excluye materiales desechables).

Corrección de la vista con láser*

Los procedimientos LASIK o PRK de la Red de Láser de los EE. UU. (U.S. Laser Network) tienen un 15 por ciento de descuento en el precio al detal o un precio promocional con un 5 por ciento de descuento.

* Debido a que la corrección de la vista por medio de LASIK o PRK es un procedimiento facultativo, realizado por proveedores especialmente capacitados, es posible que este descuento no esté siempre disponible por medio de un proveedor cercano a su domicilio. Si desea conocer un lugar de atención cercano a su domicilio y obtener la autorización del descuento, llame al 1-877-5LASER6.

Servicio	Frecuencia
Exámenes	ilimitados
Monturas	ilimitadas
Lentes	ilimitados
Lentes de contacto	ilimitados

Limitaciones y exclusiones:

- Entrenamiento visual u ortóptico, soporte para visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo o de los ojos o estructuras de soporte.
- Espejuelos correctivos solicitados por un empleador como condición de empleo y espejuelos de seguridad a menos que estén específicamente cubiertos por el plan.
- Servicios brindados como resultado de la ley de compensación al trabajador.
- No se aplica el descuento en las monturas cuyo fabricante lo prohíba.

Código del plan: 9236860

EL PRESENTE DOCUMENTO NO ES UN SEGURO. Estos programas de descuento no forman parte del seguro. Los descuentos sólo están disponibles para los proveedores participantes. Los proveedores son responsables únicamente de proporcionar los productos y los servicios. Humana y sus socios no son responsables de los defectos de los productos, de la negligencia del proveedor, ni de otros errores relacionados con los productos o servicios de descuento.

Los suscriptores recibirán un 20% de descuento en productos comprados a los proveedores participantes, que no están específicamente cubiertos por este plan de descuento. El descuento del 20% no se puede combinar con ningún otro descuento u oferta promocional y no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a las lentes de contacto. Los precios de venta al detal pueden variar según el lugar.

Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009 y/o Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00235-0008.

Su tarjeta de plan médico

Humana		ChoiceCare N E T W O R K					
1 [NOMBRE] SUSCRIPTOR / SUBSCRIBER	[XXXX XXXX XXXXXX] 5	NOMBRE GRUPO / GROUP NAME					
2 [XXXX XXXX XXXXXX] CONTRATO / CONTRACT	GRUPO / GROUP [XXXX] 6	ANSI BIN: [XXXX] 8					
3 [XXXX] CUBIERTA / COVERAGE	DENTAL: [XXXX] 7	PCN: [XXXX] 9					
4 [XXXX XXXX] EFECTIVIDAD: EFFECTIVE	RX: [XXXX] 10						
11 GEN \$X	12 ESP \$X	13 SUB \$X	14 HOSP \$X	15 AMB \$X	16 LB/XR XX%	17 P ESP XX%	18 EM \$X / \$X
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.							

- 1 **SUSCRIPTOR:** Nombre del Suscriptor
 - 2 **CONTRATO:** Número de contrato del suscriptor
 - 3 **CUBIERTA:** Tipo de cubierta
 - 4 **EFECTIVIDAD:** Fecha de efectividad
 - 5 **NOMBRE DEL GRUPO:** Nombre de la cuenta
 - 6 **GRUPO:** Codificación del grupo
 - 7 **DENTAL:** Código de cubierta dental
 - 8 **ANSIBIN:** Número de AnsiBin
 - 9 **PCN:** Número de PCN
 - 10 **Rx:** Código de cubierta de Farmacia
-
- 11 **GEN** – Generalista
 - 12 **ESP** – Especialista
 - 13 **SUB** – Sub-especialista
 - 14 **HOSP** – Hospitalización
 - 15 **AMB** – Facilidad ambulatoria
 - 16 **LB/XR** – Laboratorios y Rayos X
 - 17 **P ESP** – Pruebas Especializadas
 - 18 **EM** – Emergencia

Solicitud de reembolso

Humana®

Importante: Debe completar esta solicitud en su totalidad y adjuntar un recibo detallado, tal como se establece en la página 2.

1. Número de Contrato o suscriptor: _____
2. Número de Grupo: _____
3. Nombre del Paciente: _____ suscriptor ___ esposo(a) ___ dependiente
4. Dirección Postal: Si desea notificar cambio de dirección de la que aparece en nuestros récords favor de indicarla a continuación:

5. Teléfono Residencial: _____ - _____ - _____
6. Teléfono del Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____
7. Nombre del proveedor que prestó el servicio: _____
(Si es un grupo, favor de indicar nombre del proveedor individual que brindó el servicio)
8. Especialidad del Proveedor: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
9. Fecha del servicio: (Mes) ___ ___ (Día) ___ ___ (Año) ___ ___ ___
10. Condición o diagnóstico: _____ Código de CPT: _____
11. ¿Tiene otro plan médico? __ No __ Sí Compañía: _____
Núm. de Póliza/Contrato: _____
12. ¿Este servicio, está relacionado a un accidente? __ No __ Sí - Favor contestar las preguntas:
¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____
¿Cómo? _____

13.

Servicios Prestados	Cargos	Servicios Prestados	Cargos
Visita Médica y/o Consulta		Laboratorio	
Radiología		Cirugía	
Anestesia		Medicamentos	
Procedimientos		Equipo Médico Duradero	
Paciente Hospitalizado		Salud Mental	
Paciente Sala de Emergencia		Otros	

14. ¿Antes de obtener el servicio se comunicó con Humana? __ No __ Sí
¿Con quién? _____
15. Favor de explicar porqué tuvo que pagar por los servicios : _____

16. Certifico que la información aquí ofrecida es correcta.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Instrucciones para llenar solicitud de reembolso

Para toda solicitud de reembolso tiene que utilizar este formulario. Debe de asegurarse que la información indicada sea la correcta. Ej. Número de contrato, fecha de servicio, etc.

A continuación los requisitos para recibir reembolso:

1. Recibo de pago legible.
2. Nombre y teléfono del proveedor.
3. Cumplimentar formulario en su totalidad.
4. Debe pedir al médico que codifique el procedimiento y diagnóstico usando los códigos correspondientes (ICD-9, CPT-4) e incluir su descripción.
5. Orden médica en los servicios que así lo ameriten (compra o alquiler de equipo médico duradero, pruebas diagnósticas, etc.) Los reembolsos por compra o alquiler de equipo médico duradero requieren previa autorización de Humana.
6. Copia del referido del PCP, cuando aplique.
7. Explicación de Beneficios del plan primario en los casos de Coordinación de Beneficios.
8. Copia de la receta para los medicamentos cubiertos por la parte médica.

Si tiene otro plan médico y su solicitud de reembolso es por deducibles o copagos emitidos por usted, tiene que someter copia de lo pagado por el otro plan médico. Favor de conservar copia de todos los documentos enviados.

Ley antifraude:

De acuerdo al Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2725, según enmendado el 9 de agosto de 2008, cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una forma de reembolso o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas.

De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa conforme lo dispone el Artículo 27.260 del Código de Seguros de Puerto Rico. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo.

Debe de ser sometido en o antes de un (1) año luego de haber recibido los servicios a la siguiente dirección:

Humana
Departamento de Reclamaciones
PO BOX 192059
SAN JUAN PR 00919-2059
correo electrónico: prclaimsreimbursements@humana.com

Para aclarar dudas o cualquier información adicional, favor de llamar al Departamento de Servicios al Cliente a nuestro teléfono:

1-800-314-3121

Aviso sobre Prácticas de privacidad

Para su salud personal e información financiera

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada, a menos que tenga una solicitud o una queja.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley. Esto incluye la información que generamos o recibimos antes de haber efectuado los cambios. Cuando hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud la correspondiente notificación.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, tal como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud. Esto incluye información que haya recibido de, o haya sido creada por, un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o condición física o mental, la prestación de cuidado de la salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida información electrónica, escrita y oral. Tenemos procedimientos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitar quién puede ver su información.
- Limitar la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Informarle acerca de nuestros deberes legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros empleados sobre el programa y los procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran prestados por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades de operación de cuidado de la salud. Esto incluye el procesamiento de su afiliación, la respuesta a sus preguntas, la coordinación de su cuidado de la salud, la mejora de la calidad y la determinación de las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con la historia familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de inscripción y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan deberá certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si ha optado por no participar (solicitar una exclusión), según se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente relevante para su participación en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y pagó.
- Para proveer información de pago al suscriptor como comprobación ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.

Aviso sobre Prácticas de privacidad

(continuación)

- A los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija en algún otro sentido la ley.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones según cualquier contrato o ley del Programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, patólogo o director de funeraria.

¿Usaremos su información para fines no descritos en esta notificación?

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Para fines de mercadeo.
- La venta de información personal y de salud.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información puede seguirse utilizando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Nuestro compromiso es responder a sus solicitudes de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por el trabajo de copiar, los suministros para crear la copia (en papel o electrónica) y el franqueo.

- Decisión de suscripción adversa: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Cumpliremos con su solicitud si la misma es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud si no fuimos nosotros quienes generamos la información, si no mantenemos la información o si la información está completa y es correcta. Si le denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

¿Qué tipo de comunicaciones puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas.
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud.

¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?

Es posible ejercer todos sus derechos de privacidad al obtener los formularios aplicables. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 1-866-861-2762
- Acceda a nuestro sitio web en Humana.com y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de privacidad).

* Este derecho corresponde únicamente a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las reglamentaciones del estado.

Aviso sobre Prácticas de privacidad (continuación)

- Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debería hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si así lo solicita. También puede enviar su queja a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

¿Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada?

La ley nos exige que proporcionemos a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no segura, se lo notificaremos de manera oportuna.

AVISO DE PRIVACIDAD EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN FINANCIERA

Nosotros y nuestras afiliadas entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Nos tomamos muy en serio su privacidad y su confianza en nuestra capacidad de proteger su información privada es muy importante para nosotros. Este aviso describe nuestra política con respecto a la confidencialidad y divulgación de información financiera personal.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de patronos o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos de usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.

¿Dónde divulgaremos su información?

Podemos compartir su información con compañías afiliadas y terceros no afiliados, según lo permita la ley. También podemos proporcionar su información a otras instituciones financieras con las que tengamos acuerdos de mercadeo conjunto para proporcionarle ofertas de productos y servicios que sean de su interés o que estén relacionados con la salud.

¿Qué puedo impedir al optar por no permitir divulgaciones?

Al optar por no permitir estas divulgaciones, también puede impedir que nosotros o las compañías afiliadas comercialicemos productos ofrecidos por terceros no afiliados. Su solicitud de exclusión se aplicará a todos los afiliados o personas cubiertas según su número de cuenta o de identificación del afiliado. Su solicitud de exclusión se aplicará hasta que usted revoque esa solicitud o dé por terminada su afiliación.

¿Cómo solicito una exclusión?

En cualquier momento, puede decirnos que no compartamos su información personal con compañías afiliadas que proporcionen ofertas de productos o servicios de terceros no afiliados. Si desea ejercer su opción de exclusión o revocar una solicitud de exclusión anterior, debe proporcionar la siguiente información para procesar su solicitud: su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación del afiliado. La solicitud de exclusión no les prohibirá a nuestras compañías afiliadas comercializar nuestros productos o servicios.

- Llámenos al 1-866-861-2762
- Envíenos su solicitud de exclusión por escrito a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Cumplimos con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales que se encargan de proteger la información personal y de salud. En aquellas situaciones en las que las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales estén en conflicto, nos regimos por la ley, norma o reglamentación que proporcione mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

Aviso sobre Prácticas de privacidad (continuación)

Las siguientes empresas afiliadas y subsidiarias también cumplen con nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
Cariten Insurance Company CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc., anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc. Humana
Health Plan of Texas, Inc. Humana Health Plan, Inc.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization
Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

En vigencia a partir de septiembre de 2013

¡Importante!

En Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (“Humana”), es importante que usted reciba un trato justo.

Humana y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-800-314-3121 o, si utiliza un TTY, llame al 711.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** por medios electrónicos a través del portal de quejas de dicha Oficina disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-314-3121 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con incapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-314-3121 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoował.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك