




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 deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Sí. Proveedor dentro de la red : Individual \$6,350/Familiar \$12,700.	El límite de gastos de bolsillo es lo más que 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	\$5 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Consulta Virtual para atención primaria: \$20 copago ; visite www.mdlive.com/humanapr . Durante el periodo de emergencia de COVID-19, aplica \$0 copago en visitas virtuales. 6 consultas con nutricionista por asegurado, cubiertas al 100%. 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.
	Consulta con un especialista	\$15 copago / visita especialista y sub-especialista	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Pruebas genéticas requieren pre-autorización . Pruebas de diagnóstico y tratamiento de COVID-19 no tienen costo, conforme a Ley 43 de 2020. Requiere pre-autorización .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	

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 preferidos de menor costo (Nivel 1)	\$5 copago / al detal \$10 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos copago aplicable.	Formulario: PR Rx5 Plus Suplido de 30 días al detal. Suplido de 90 días por correo. MAC B (Receta debe especificar “no sustituir” medicamento de marca para que no aplique diferencia en costo entre marca y genérico más copago de genérico si se despacha marca) OTC - \$1 de copago a través de Programa OTC de Humana. Se requiere orden médica. Aplica Terapia escalonada “step therapy”
	Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	\$10 copago / al detal \$20 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos copago aplicable.	
	Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	\$25 copago / al detal \$50 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos copago aplicable.	
	Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25% coaseguro / al detal 25% coaseguro / por correo	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	35% coaseguro / al detal	Por reembolso, a 70% de tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$15 copago / oficina \$75 copago / centro de cirugía ambulatoria u hospital ambulatorio	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Uso de facilidad – Requiere pre-autorización .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Asistente quirúrgico cuando sea medicamento necesario, menos 30% 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 atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$50 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$50 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	\$50 copago /viaje	\$50 copago /viaje	Ambulancia aérea y marítima dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, requiere pre-autorización , a menos que la emergencia sea de vida o muerte.
	Atención de urgencia	\$25 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$25 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 copago / admisión	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 hospitalización, enfermera privada, excepto en los casos de servicios de salud en el hogar autorizados por Humana; artículos de uso personal tales como teléfono, televisión y "admission kit".
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Asistente quirúrgico cuando sea medicamente necesario, menos 30% coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$150 copago / hospitalización	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización . Dos días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 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

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)	
				(ej. Sonograma). Para estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Excluye anestesia epidural durante el parto.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$150 copago / hospitalización	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Ninguno.
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.	Este beneficio se cubrirá por 40 días inicialmente y 20 días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir pruebas o servicios incluidos en otras partes de este resumen (ej. Visitas de especialistas). Para estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable.
	Servicios de rehabilitación	\$5 copago / terapia física	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Terapias físicas ilimitadas. 40 terapias del habla/lenguaje y terapias ocupacionales combinadas.
	Servicios de habilitación	\$5 copago / terapia física \$15 copago / terapia del habla y ocupacional	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Terapias dirigidas al tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo, son ilimitadas.
	Equipo médico duradero	30% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Requiere pre-autorización .
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$150 copago / hospitalización	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o 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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$15 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Una (1) prueba de refracción por año póliza.
	Anteojos para niños	Sin costo	No cubierto	Un par de lentes o lentes de contacto desechables con un suministro de 2 cajas por asegurado por año póliza al 100% dentro de la red de Humana. Adicional, disponible descuento con Eyemed.
	Control dental para niños	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Examen oral inicial, uno cada 3 años. Examen periódico y limpieza dental, uno cada 6 meses. Serie completa de radiografías (FMX), una cada 3 años, Radiografía panorámica, hasta un máximo de una cada 3 años; Radiografías periapicales, una inicial y 5 adicionales por año póliza; Radiografías de mordida, un set cada 12 meses. Aplicación de fluoruro hasta los 19 años inclusive, una cada seis meses. Aplicación de sellantes, limitado hasta los catorce (14) años inclusive, un tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados.

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 • 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](#) \$150
- Otros [coaseguro](#) 30%

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	\$300
Coaseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$800

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](#) \$150
- Otros [coaseguro](#) 30%

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	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$700

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](#) \$150
- Otros [coaseguro](#) 30%

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	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$100
<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.