HUMANA HEALTH PLAN, INC:
Humana Platinum 1000/Lexington UK Healthcare HMOx

Duración de la póliza: A partir del 01/01/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Individual + Familiar | **Tipo de plan:** HMO

Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.humana.com llamando al 1-800-833-6917.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**Individual $1,000/Familiar $2,000** El deducible general no se aplica a atención preventiva y medicamentos recetados. El coseguro y los copagos no se computan para el deducible	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Medicamentos recetados**: Individual $500/Familiar $1,000.** No hay ningún otro **deducible** específico.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del **deducible** específico, antes de que el plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. **Individual $1,500/Familiar $3,000**	El **límite para los gastos del bolsillo** es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Primas, cargos del saldo de facturación y servicios de salud que este plan no cubre, multas.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios *específicos*, como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Consulte **www.humana.com o llame al 1-800-833-6917** para obtener una lista de los **proveedores** de la red. Para medicamentos recetados: **Red Select Rx** (Wal-Mart y CVS)	Si usted se atiende con médicos y **proveedores** de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún **proveedor** que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, **preferido** o participante para referirse a los **proveedores** de la **red del plan**. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos **proveedores**.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	Sí. Necesita un referido para ver a un especialista.	Este plan pagará una parte o la totalidad de los costos para ver a un **especialista** por servicios cubiertos, pero solo si tiene el permiso del plan antes de ver al **especialista**.

¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los **servicios excluidos**, vea los documentos del plan o póliza.

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo $15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es $1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea $200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado $1,500 la **cantidad aprobada** es $1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de $500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** de la red del plan cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Copago de $25/visita	No cubierto	————————ninguno————————
	Consulta con un especialista	Copago de $35/visita	No cubierto	————————ninguno————————
	Consulta con otro proveedor de la salud	Examen de un quiropráctico: Coseguro del 20%	No cubierto	12 visitas por año calendario para manipulación de la columna vertebral, ajustes, otras modalidades.
	Servicios preventivos / prueba de detección / vacunas	Sin cargo	No cubierto	————————ninguno————————
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$500 por año calendario pagado al 100%; en lo sucesivo, sujeto al deducible y coseguro del 20%	No cubierto	El costo compartido puede variar según el lugar donde se presta el servicio.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	$500 por año calendario pagado al 100%; en lo sucesivo, sujeto al deducible y coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500. El costo compartido puede variar según el lugar donde se presta el servicio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite www.humana.com	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos/de bajo costo	Copago de $5 (al por menor) Copago de $10 (envío por correo)	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será del 100% para ciertos medicamentos recetados. Provisión de 30 días (al por menor) Provisión de 90 días (envío por correo) Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 no están sujetos al deducible para medicamentos recetados.
	Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	Copago de $10 (al por menor) Copago de $20 (envío por correo)		
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de $20 después del deducible (al por menor) Copago de $40 después del deducible (envío por correo)		
	Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 35%		
	Nivel 5: medicamentos especiales	Coseguro del 35%	No cubierto	Se requiere una preautorización; la multa será del 100% para ciertos medicamentos recetados. Coseguro del 25% cuando se obtienen en una farmacia especializada de la red preferida
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	————————ninguno————————
	Traslado médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	————————ninguno————————
	Cuidado urgente	Copago de $50/visita	No cubierto	El costo compartido puede variar según el lugar donde se presta el servicio.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Exámenes en el consultorio: Copago de $25/visita. En otro centro de atención ambulatoria: Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Exámenes en el consultorio: Copago de $25/visita. En otro centro de atención ambulatoria: Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
	Parto y todos los servicios de internación	Coseguro del 20%	No cubierto	————————ninguno————————
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500. 100 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	Terapia física y ocupacional: Copago de $25/visita Todos los demás: Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500. 20 visitas separadas por año calendario para terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla. 12 visitas por año calendario para manipulación de la columna vertebral, ajustes y otras modalidades. 36 visitas por año calendario para terapia cardíaca. Los límites están combinados para servicios de recuperación de las habilidades y de rehabilitación.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Terapia física y ocupacional: Copago de $25/visita Todos los demás: Coseguro del 20%	No cubierto	
	Cuidado de enfermería especializado	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500. 90 días por año calendario.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	No cubierto	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que se requiera preautorización; la multa será de $500.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Coseguro del 50%	No cubierto	1 examen cada 12 meses.
	Anteojos	Coseguro del 50%	No cubierto	1 par de lentes y armaduras cada año. Un par completo de anteojos (lentes y armaduras) adicional si es necesario por motivos médicos.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	——————ninguno——————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica para la obesidad mórbida
- Cirugía cosmética, a menos que sea para corregir una discapacidad funcional causada por una lesión, infección, enfermedad
- Atención dental (adultos), a menos que exista una lesión dental de un diente natural sano
- Consulta dental (niños)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención sin carácter de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Atención quiropráctica: la manipulación de la columna vertebral está cubierta
- Audífonos para niños menores de 18 años
- Servicios de enfermería privada (visita de atención médica en el hogar)
- Atención ocular de rutina (adultos) cuando se está en tratamiento por diabetes
- Atención de los pies de rutina cuando se está en tratamiento por diabetes

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden ofrecer protecciones que le permiten mantener esta cobertura de seguro de salud siempre y cuando usted pague la **prima**. Sin embargo, existen excepciones, como en los siguientes casos:

• Si usted comete fraude

• Si la aseguradora deja de ofrecer servicios en el estado

• Si usted se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, póngase en contacto con la aseguradora al 1-800-833-6917. También puede ponerse en contacto con el departamento de seguros del estado en Department of Insurance, PO Box 517, Frankfort, KY 40602-0517, teléfono: 502-564-3630 u 800-595-6053 o TTY: 800-648-6056.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Department of Insurance, PO Box 517, Frankfort, KY 40602-0517, teléfono: 502-564-3630 u 800-595-6053 o TTY: 800-648-6056.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima." **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento
(parto normal)

- **El proveedor cobra:** $7,540
- **El plan paga:** $6,030
- **Usted paga:** $1,510

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	$2,700
Atención de rutina del obstetra	$2,100
El costo del hospital (bebe)	$900
Anestesia	$900
Análisis de laboratorio	$500
Medicamentos	$200
Radiografías	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7,540**

El paciente paga:

Deducibles	$1,000
Copagos	$10
Coseguro	$500
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,510**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $4,480
- **Usted paga:** $920

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	$2,900
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$700
Educación sobre el cuidado	$300
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

El paciente paga:

Deducibles	$100
Copagos	$800
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$20
Total	**$920**

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.