Humana Health Plan, Inc.
Humana Silver 900/Cincinnati/Northern KY HMOx
CSR Level B

Período de cobertura: 01/01/2016-12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individuo + Familia | **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 **Humana.com** o al teléfono **1-800-833-6917.**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$900 Individual/ $1,800 Familiar** No se aplica a servicios preventivos. El coseguro y los copagos no cuentan para el **deducible**.	Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de los servicios cubiertos por este plan.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar **deducibles** para servicios específicos, pero consulte el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. **$1,500 Individual/ $3,000 Familiar**	No hay límite en la cantidad que usted puede pagar por su parte de los costos de los servicios cubiertos durante el período de cobertura.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Primas, cargos por saldos facturados, penalidades, atención médica no cubierta por este plan	Aunque usted gaste dinero por estos cargos, no cuentan para el **límite de desembolso personal.**
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	En el cuadro que comienza en la página 2, se describen los límites que pagará el plan para los servicios *específicos* cubiertos, como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Consulte **Humana.com o llame al 1-800-833-6917** para obtener una lista de los **proveedores** de la red.	Si se atiende con un médico de la red o con otros **proveedores** de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún **proveedor** que no sea de la red para algunos servicios. En los planes, se usan los términos de la red, **preferido** o participante para hacer referencia a los **proveedores** de la **red**. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo este plan le paga a los distintos tipos de **proveedores**.

Preguntas: Llame al **800-833-6917** o visite **Humana.com**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **www.dol.gov/ebsa/healthreform** o llame al **800-833-6917** para ordenar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito un referido para ver un especialista?	Sí. Necesita un referido para ver a un especialista	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un **especialista** para servicios cubiertos pero solo si usted tiene permiso del plan antes de ver al **especialista**.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	En la página 5, se mencionan algunos de los servicios que este plan no cubre. Consulte su póliza o los documentos del plan para más informes adicionales acerca de los **servicios excluidos**.

- **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**, quizás usted tenga 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, quizás usted tenga que pagar la diferencia de $500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguros** 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 lesión o enfermedad	Copago de $10/visita	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Consulta con un especialista	Copago de $25/visita	Sin cobertura	
	Consulta con otro proveedor de la salud	Exámenes quiroprácticos: Copago de $10/visita	Sin cobertura	Sin cobertura para acupuntura. 12 visitas por año calendario para manipulación de la columna vertebral, ajustes, otras modalidades
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	.....ninguna.....

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 que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$500 por año calendario pagado al 100%, luego coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500
Si necesita medicamentos para remedios que aplican a su enfermedad/ condición **Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite Humana.com**	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $5 (minorista) Copago de $12.50 (pedido por correo)	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de 100% para ciertos medicamentos recetados. Suministro de 30 días (minorista) Suministro de 90 días (pedido por correo)
	Medicamentos genéricos no preferidos	Copago de $10 (minorista) Copago de $25 (pedido por correo)	Sin cobertura	
	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $35 (minorista) Copago de $87.50 (pedido por correo)	Sin cobertura	
	Medicamentos genéricos no preferidos	Coseguro de 50%	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	Coseguro de 50%	Sin cobertura	**Medicamentos especializados:** Coseguro del 40% cuando se obtienen en una farmacia especializada de la red preferida
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica) de cirugía ambulatoria	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....

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 atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Coapgo de $200/visita antes del deducible, luego coseguro de 20% después del deducible	Coapgo de $200/visita antes del deducible, luego coseguro de 20% después del deducible	.....ninguna.....
	Traslado médico de emergencia	Coseguro de 20% después del deducible	Coseguro de 20% después del deducible	.....ninguna.....
	Atención de urgencia	Copago de $25/visita	Sin cobertura	.....ninguna.....
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Copago de $10/ visita	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago de $10/ visita	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa
Si está embarazada	Cuidados pre/post parto	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....
	Parto y todos los servicios de internación	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	.....ninguna.....

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 servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500. 100 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad 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	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	
	Cuidado de enfermería especializado	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500. 90 días por año calendario
	Equipo médico duradero	Coseguro de 20% después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	Se puede requerir autorización previa, la penalidad será de $500.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Coseguro de 50% después del deducible	Sin cobertura	1 examen cada año.
	Anteojos	Coseguro de 50% después del deducible	Sin cobertura	1 par de lentes y armaduras cada año. Un par completo de anteojos (lentes y montaduras) adicional si es necesario por motivos médicos
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	.....ninguna.....

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios excluidos).**		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos)	• Tratamiento de infertilidad • Atención médica a largo plazo • Cuidado que no sea de urgencia cuando viaje fuera de EE.UU. • Atención rutinaria de la vista (adultos)	• Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).**
• Atención quiropráctica • Audífonos • Cuidado de enfermería privada (visita de atención médica en el hogar) • Atención rutinaria de los pies 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 800-833-6917. También puede ponerse en contacto con el departamento de seguros del estado en Kentucky Department of Insurance, PO Box 517, Frankfort, KY 40602-0517, teléfono: 502-564-3630 o 800-595-6053 o TTY: 800-648-6056- sitio Web: insurance.ky.gov.

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 el Kentucky Department of Insurance, PO Box 517, Frankfort, KY 40602-0517, teléfono: 502-564-3630 o 800-595-6053 o TTY: 800-648-6056- sitio Web: insurance.ky.gov.

¿Proporciona cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Costo exige a la mayoría de la gente que obtenga cobertura de seguro médico con “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza presta cobertura esencial mínima**.

¿Cumple con el estándar mínimo de valor esta cobertura?

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Costo establece un estándar mínimo de valor para un plan de beneficios de salud. El estándar mínimo de valor es de 60% (valor actuarial). **La cobertura reúne los requisitos del estándar mínimo de valor para los beneficios que ésta proporciona.**

——————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:** $6,200
- **El paciente paga:** $1,340

Ejemplo de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	$900
Copagos	$20
Coseguro	$270
Límites o exclusiones	$150
Total	**$1,340**

Control de la diabetes tipo 2
(mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $4,170
- **El paciente paga:** $1,230

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	$2,900
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorio 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	$900
Copagos	$160
Coseguro	$90
Límites o exclusiones	$80
Total	**$1,230**

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.

Preguntas: Llame al **800-833-6917** o visite **Humana.com**.
Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **www.dol.gov/ebsa/healthreform** o llame al **800-833-6917** para ordenar una copia.