

Marcone Servicers Association Plan One

Si acude a un proveedor DE LA RED

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

Individual
\$50

Familiar
\$150

Individual
\$50

Familiar
\$150

El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

\$1,500

Tras de alcanzar su cantidad máxima anual, usted recibe un coaseguro del 30 por ciento por el resto del año del plan en servicios preventivos, básicos y mayores (se excluye ortodoncia).

Servicios preventivos

- Exámenes bucales de rutina (2 por año)
- Radiografías de mordida (2 para menores de 10 años, hasta 4 a partir de los 10 años)
- Limpiezas de rutina (2 por año)
- Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 14 años)
- Selladores (molares permanentes, hasta los 14 años)
- Mantenedores de espacio(dientes primarios, hasta los 14 años)
- Prueba de detección de cáncer bucal (1 por año, a partir de los 40 años)

100% sin deducible

100% sin deducible

Servicios básicos

- Atención de emergencia para alivio del dolor
- Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales)
- Amalgamas de resina compuesta (1 por diente cada 2 años, molares)
- Cirugía bucal (extracciones de dientes, incluidos dientes impactados)
- Coronas de acero inoxidable
- Aparatos para evitar hábitos perjudiciales (1 de por vida, hasta los 14 años)
- Endodoncia (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)

90% después del deducible

80% después del deducible

Servicios mayores

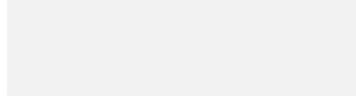
- Coronas (1 por diente cada 5 años)
- Inlays/onlays (1 por diente cada 5 años)
- Puentes (1 por diente cada 5 años)
- Dentaduras (1 por diente cada 5 años)
- Revestimiento/rebasado de dentaduras (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Reparación y ajustes de dentaduras postizas (después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Servicios Relacionados con Implante (1 cada 5 años limitado a coronas, puentes y dentaduras. La cobertura se limita al costo equivalente de un servicio que no sea de implantes. El implante en sí no se cubre.)

60% después del deducible

50% después del deducible

Humana Dental PPO 14

- Periodoncia (limpiezas periodontales, 4 por año, raspado/alisado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años)



Servicios de ortodoncia

Los afiliados pueden recibir hasta un 20% de descuento en servicios no cubiertos. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay disponible algún descuento para servicios no cubiertos.

El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que Humana Dental cubre. Para asegurarse de que no tenga que pagar cargos adicionales, visite un dentista participante de la red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura de los cargos que excedan los de la tabla de tarifas negociadas para los servicios cubiertos. Si un afiliado acude a un dentista fuera de la red, el nivel de coaseguro se aplicará al cargo normal y acostumbrado. El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que su plan dental cubre.

Períodos de espera

Voluntarios: para 10 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación	Preventivo	Básico	Mayor	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No	No disponible
Solicitante tardío ^{1,2}	No	12 meses	12 meses	No disponible

¹ Bajo la opción de inscripciones abiertas no se permiten solicitantes tardíos.

² Los periodos de espera no se aplican a la ortodoncia o periodoncia a menos que sea un solicitante tardío.

Siéntase bien al elegir un plan de HumanaDental.

Dele prioridad a sus visitas dentales

Limpiezas dentales periódicas pueden ayudarle a controlar problemas físicos como enfermedades cardíacas, diabetes y derrame cerebral. Su plan PPO de HumanaDental se enfoca en la prevención y diagnóstico temprano, le brinda cuatro exámenes y limpiezas por año calendario: dos normales y dos periodontales.

* www.perio.org

Acuda en Internet a MyDentalIQ.com

Tome una evaluación de riesgos de salud que inmediatamente califique sus conocimientos sobre la salud dental. Usted recibirá un plan de acción personalizado con consejos de salud. Puede imprimir una copia de sus resultados para compartirlos con su dentista durante su próxima visita.

Para mantener una boca saludable:

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese los dientes por lo menos dos veces al día durante dos minutos
- Use el hilo dental todos los días
- Esté alerta ante las señales de enfermedad periodontal como, encías muy rojas, hinchadas o sensibles
- Visite periódicamente a su dentista para exámenes y limpiezas

¿Sabía que 74% de los estadounidenses adultos considera que una sonrisa poco atractiva puede reducir las posibilidades de que una persona tenga éxito en su profesión?* HumanaDental le ayuda a sentirse bien sobre su salud dental y poder sonreír con confianza.

* Academia Americana de Odontología Cosmética

Los planes grupales dentales de Humana se ofrecen por Humana Insurance Company, HumanaDental Insurance Company, Humana Insurance Company of New York, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc., Humana Medical Plan of Utah, CompBenefits Company, CompBenefits Dental, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. or DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits).

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

Humana®

Humana.com



¿Tiene preguntas?

Solo llame al 1-800-233-4013 para hablar con un amable y experto representante de atención al cliente o acuda a Humana.com.

Use sus beneficios de HumanaDental

Busque un dentista

Con el plan PPO de HumanaDental, puede visitar a cualquier dentista. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de la red PPO de HumanaDental. Para buscar un dentista de la red PPO de HumanaDental, inicie sesión en **Humana.com** o llame al 1-800-233-4013.

Conozca lo que cubre su plan

La próxima página desglosa sus beneficios de HumanaDental. Su certificado del plan describe sus beneficios de HumanaDental, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Puede encontrarlo en MyHumana, su página personal en **HumanaDental.com** llame al 1-800-233-4013.

Vaya al dentista

Su tarjeta de identificación de Humana Dental contiene toda la información que su dentista necesita para presentar sus reclamaciones. Asegúrese de mostrarla en el consultorio cuando vaya a sus citas. Si no tiene una tarjeta, puede imprimir un comprobante de cobertura en **Humana.com**.

Conozca lo que pagó su plan

Después que HumanaDental procese su reclamación, usted recibirá una explicación de beneficios o recibo. Allí se proporciona información detallada de los servicios dentales cubiertos y las cantidades pagadas, además de lo que debe al dentista. También puede consultar el estado de su reclamación en MyHumana en **Humana.com** o si llama al 1-800-233-4013.

La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Marcone Servicers Association Plan Three

Si acude a un proveedor DE LA RED

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

Individual
\$50

Familiar
\$150

Individual
\$50

Familiar
\$150

El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

\$1,000

Servicios preventivos

- Exámenes bucales de rutina (2 por año)
- Radiografías de mordida (2 para menores de 10 años, hasta 4 a partir de los 10 años)
- Limpiezas de rutina (2 por año)
- Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 14 años)
- Selladores (molares permanentes, hasta los 14 años)
- Mantenedores de espacio(dientes primarios, hasta los 14 años)
- Prueba de detección de cáncer bucal (1 por año, a partir de los 40 años)

100% sin deducible

100% sin deducible

Servicios básicos

- Atención de emergencia para alivio del dolor
- Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales)
- Cirugía bucal (extracciones de rutina)

50% después del deducible

50% después del deducible

Mejor precio

Servicios básicos

- Coronas de acero inoxidable
- Aparatos para evitar hábitos perjudiciales en los niños

Major services

- Coronas
- Incrustaciones y onlays
- Puentes
- Dentaduras postizas
- Revestimiento o rebasado de dentaduras
- Reparación y ajuste de dentaduras
- Implantes
- Periodoncia (encías)
- Endodoncia (conducto radicular)

Estos servicios no están cubiertos por el plan. Los afiliados pueden recibir descuentos en los servicios sin cobertura y contactar a su proveedor participante para determinar si hay disponible algún descuento para servicios no cubiertos.

Servicios de ortodoncia

- Ortodoncia de adultos y pediátrica

Humana Dental Preventive Plus 14

El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que Humana Dental cubre. Para asegurarse de que no tenga que pagar cargos adicionales, visite un dentista participante de la red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura de los cargos que excedan los de la tabla de tarifas negociadas para los servicios cubiertos. Si un afiliado acude a un dentista fuera de la red, el nivel de coaseguro se aplicará al cargo normal y acostumbrado. El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que su plan dental cubre.

Períodos de espera

Voluntarios: para 10 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación	Preventivo	Básico	Mayor	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No disponible	No disponible
Solicitante tardío ¹	No	12 meses	No disponible	No disponible

¹ Bajo la opción de inscripciones abiertas no se permiten solicitantes tardíos.

Siéntase bien al elegir un plan de HumanaDental.

Dele prioridad a sus visitas dentales

Limpiezas dentales periódicas pueden ayudarle a controlar problemas físicos como enfermedades cardíacas, diabetes y derrame cerebral. Su plan Preventive Plus de HumanaDental se enfoca en la prevención y diagnóstico temprano, le brinda dos exámenes y limpiezas por año calendario.

* www.perio.org

Acuda en Internet a MyDentalIQ.com

Tome una evaluación de riesgos de salud que inmediatamente califique sus conocimientos sobre la salud dental. Usted recibirá un plan de acción personalizado con consejos de salud. Puede imprimir una copia de sus resultados para compartirlos con su dentista durante su próxima visita.

Para mantener una boca saludable:

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese los dientes por lo menos dos veces al día durante dos minutos
- Use el hilo dental todos los días
- Esté alerta ante las señales de enfermedad periodontal como, encías muy rojas, hinchadas o sensibles
- Visite periódicamente a su dentista para exámenes y limpiezas

¿Sabía que 74% de los estadounidenses adultos considera que una sonrisa poco atractiva puede reducir las posibilidades de que una persona tenga éxito en su profesión?* HumanaDental le ayuda a sentirse bien sobre su salud dental y poder sonreír con confianza.

* Academia Americana de Odontología Cosmética

Los planes grupales dentales de Humana se ofrecen por Humana Insurance Company, HumanaDental Insurance Company, Humana Insurance Company of New York, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc., Humana Medical Plan of Utah, CompBenefits Company, CompBenefits Dental, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. or DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits).

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

Humana®

Humana.com



¿Tiene preguntas?

Solo llame al 1-800-233-4013 para hablar con un amable y experto representante de atención al cliente o acuda a Humana.com.

Use sus beneficios de HumanaDental

Busque un dentista

Con el plan Preventive Plus de HumanaDental, puede visitar a cualquier dentista. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de la red Preventive Plus de HumanaDental. Para buscar un dentista de la red Preventive Plus de HumanaDental, inicie sesión en **Humana.com** o llame al 1-800-233-4013.

Conozca lo que cubre su plan

La próxima página desglosa sus beneficios de HumanaDental. Su certificado del plan describe sus beneficios de HumanaDental, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Puede encontrarlo en MyHumana, su página personal en **HumanaDental.com** llame al 1-800-233-4013.

Vaya al dentista

Su tarjeta de identificación de Humana Dental contiene toda la información que su dentista necesita para presentar sus reclamaciones. Asegúrese de mostrarla en el consultorio cuando vaya a sus citas. Si no tiene una tarjeta, puede imprimir un comprobante de cobertura en **Humana.com**.

Conozca lo que pagó su plan

Después que HumanaDental procese su reclamación, usted recibirá una explicación de beneficios o recibo. Allí se proporciona información detallada de los servicios dentales cubiertos y las cantidades pagadas, además de lo que debe al dentista. También puede consultar el estado de su reclamación en MyHumana en **Humana.com** o si llama al 1-800-233-4013.

La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Marcone Servicers Association Plan Two

Si acude a un proveedor DE LA RED

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

Individual
\$50

Familiar
\$150

Individual
\$50

Familiar
\$150

El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.

Máximo anual por año calendario
(excluye ortodoncia)

\$1,000

Tras de alcanzar su cantidad máxima anual, usted recibe un coaseguro del 30 por ciento por el resto del año del plan en servicios preventivos, básicos y mayores (se excluye ortodoncia).

Servicios preventivos

- Exámenes bucales de rutina (2 por año)
- Radiografías de mordida (2 para menores de 10 años, hasta 4 a partir de los 10 años)
- Limpiezas de rutina (2 por año)
- Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 14 años)
- Selladores (molares permanentes, hasta los 14 años)
- Mantenedores de espacio(dientes primarios, hasta los 14 años)
- Prueba de detección de cáncer bucal (1 por año, a partir de los 40 años)

100% sin deducible

100% sin deducible

Servicios básicos

- Atención de emergencia para alivio del dolor
- Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales)
- Amalgamas de resina compuesta (1 por diente cada 2 años, molares)
- Cirugía bucal (extracciones de dientes, incluidos dientes impactados)
- Coronas de acero inoxidable
- Aparatos para evitar hábitos perjudiciales (1 de por vida, hasta los 14 años)
- Endodoncia (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)

80% después del deducible

80% después del deducible

Servicios mayores

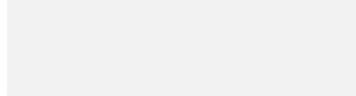
- Coronas (1 por diente cada 5 años)
- Inlays/onlays (1 por diente cada 5 años)
- Puentes (1 por diente cada 5 años)
- Dentaduras (1 por diente cada 5 años)
- Revestimiento/rebasado de dentaduras (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Reparación y ajustes de dentaduras postizas (después de 6 meses de uso de la dentadura)
- Servicios Relacionados con Implante (1 cada 5 años limitado a coronas, puentes y dentaduras. La cobertura se limita al costo equivalente de un servicio que no sea de implantes. El implante en sí no se cubre.)

50% después del deducible

50% después del deducible

Humana Dental Traditional Preferred 14

- Periodoncia (limpiezas periodontales, 4 por año, raspado/alisado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años)



Servicios de ortodoncia

Los afiliados pueden recibir hasta un 20% de descuento en servicios no cubiertos. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay disponible algún descuento para servicios no cubiertos.

El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que Humana Dental cubre. Para asegurarse de que no tenga que pagar cargos adicionales, visite un dentista participante de la red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura de los cargos que excedan los de la tabla de tarifas negociadas para los servicios cubiertos. Si un afiliado acude a un dentista fuera de la red, el nivel de coaseguro se aplicará al cargo normal y acostumbrado. El dentista no participante puede facturarle por el saldo excedente a la cantidad que su plan dental cubre.

Períodos de espera

Voluntarios: para 10 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación	Preventivo	Básico	Mayor	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No	No disponible
Solicitante tardío ^{1,2}	No	12 meses	12 meses	No disponible

¹ Bajo la opción de inscripciones abiertas no se permiten solicitantes tardíos.

² Los periodos de espera no se aplican a la ortodoncia o periodoncia a menos que sea un solicitante tardío.

Humana Dental Traditional Preferred 14

Siéntase bien al elegir un plan de HumanaDental.

Dele prioridad a sus visitas dentales

Limpiezas dentales periódicas pueden ayudarle a controlar problemas físicos como enfermedades cardíacas, diabetes y derrame cerebral. Su plan Traditional Preferred de HumanaDental se enfoca en la prevención y diagnóstico temprano, le brinda cuatro exámenes y limpiezas por año calendario: dos normales y dos periodontales.

* www.perio.org

Acuda en Internet a MyDentalIQ.com

Tome una evaluación de riesgos de salud que inmediatamente califique sus conocimientos sobre la salud dental. Usted recibirá un plan de acción personalizado con consejos de salud. Puede imprimir una copia de sus resultados para compartirlos con su dentista durante su próxima visita.

Para mantener una boca saludable:

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepílese los dientes por lo menos dos veces al día durante dos minutos
- Use el hilo dental todos los días
- Esté alerta ante las señales de enfermedad periodontal como, encías muy rojas, hinchadas o sensibles
- Visite periódicamente a su dentista para exámenes y limpiezas

¿Sabía que 74% de los estadounidenses adultos considera que una sonrisa poco atractiva puede reducir las posibilidades de que una persona tenga éxito en su profesión?* HumanaDental le ayuda a sentirse bien sobre su salud dental y poder sonreír con confianza.

* Academia Americana de Odontología Cosmética

Los planes grupales dentales de Humana se ofrecen por Humana Insurance Company, HumanaDental Insurance Company, Humana Insurance Company of New York, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc., Humana Medical Plan of Utah, CompBenefits Company, CompBenefits Dental, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc. or DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits).

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

Humana®

Humana.com



¿Tiene preguntas?

Solo llame al 1-800-233-4013 para hablar con un amable y experto representante de atención al cliente o acuda a Humana.com.

Use sus beneficios de HumanaDental

Busque un dentista

Con el plan Traditional Preferred de HumanaDental, puede visitar a cualquier dentista. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de la red Traditional Preferred de HumanaDental. Para buscar un dentista de la red Traditional Preferred de HumanaDental, inicie sesión en Humana.com o llame al 1-800-233-4013.

Conozca lo que cubre su plan

La próxima página desglosa sus beneficios de HumanaDental. Su certificado del plan describe sus beneficios de HumanaDental, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Puede encontrarlo en MyHumana, su página personal en HumanaDental.com llame al 1-800-233-4013.

Vaya al dentista

Su tarjeta de identificación de Humana Dental contiene toda la información que su dentista necesita para presentar sus reclamaciones. Asegúrese de mostrarla en el consultorio cuando vaya a sus citas. Si no tiene una tarjeta, puede imprimir un comprobante de cobertura en Humana.com.

Conozca lo que pagó su plan

Después que HumanaDental procese su reclamación, usted recibirá una explicación de beneficios o recibo. Allí se proporciona información detallada de los servicios dentales cubiertos y las cantidades pagadas, además de lo que debe al dentista. También puede consultar el estado de su reclamación en MyHumana en Humana.com o si llama al 1-800-233-4013.

La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Examen con dilatación según sea necesario

- Imágenes de la retina¹

\$10
Hasta \$39

Hasta \$30
No cubierto

Opciones de examen de lentes de contacto²

- Lentes de contacto estándar adaptación y seguimiento
- Lentes de contacto premium adaptación y seguimiento

Hasta \$55

No cubierto

10% de descuento del precio minorista

No cubierto

Monturas³

Subsidio de \$130
20% de descuento al saldo sobre \$130

Subsidio de \$65

Lentes de plástico estándar⁴

- Monofocales
- Bifocal
- Trifocal
- Lenticular

\$15
\$15
\$15
\$15

Hasta \$25
Hasta \$40
Hasta \$60
Hasta \$100

Humana Vision 130

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Opciones de lentes cubiertos⁴

• Capa UV	\$15	No cubierto
• Tinte (sólido y gradiente)	\$15	No cubierto
• Protección estándar contra rasgaduras	\$15	No cubierto
• Policarbonato estándar - Adultos	\$40	No cubierto
• Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años	\$40	No cubierto
• Capa antirreflejo estándar	\$45	No cubierto
• Progresivo estándar (complemento de bifocal)	Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:	Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:
- Nivel 1	\$57	No cubierto
- Nivel 2	\$68	No cubierto
- Nivel 3	80% del cargo	No cubierto
• Progresivo estándar* (complemento de bifocal)	\$15	Hasta \$40
• Progresivo premium	Lentes progresivos premium de la siguiente manera:	Lentes progresivos premium de la siguiente manera:
- Nivel 1	\$110	No cubierto
- Nivel 2	\$120	No cubierto
- Nivel 3	\$135	No cubierto
- Nivel 4	Copago de \$90, 80% del cargo menos el subsidio de \$120	No cubierto
• Fotocromático/de transición, plástico	\$75	No cubierto
• Polarizados	20% de descuento del precio minorista	No cubierto

Lentes de contacto⁵ (solo materiales)

• Convencional	Subsidio de \$130, 15% de descuento al saldo sobre \$130	Subsidio de \$104
• Desechables	Subsidio de \$130	Subsidio de \$104
• Necesarios por razones médicas	\$0	Subsidio de \$200

Frecuencia

• Examen	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
• Lentes o lentes de contacto	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
• Monturas	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses

Humana Vision 130

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Cuidado de la vista por diabetes (cuidado y exámenes para diabéticos)

• Examen - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$77
• Imágenes de la retina - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$50
• Oftalmoscopia extendida - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$15
• Gonioscopia - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$15
• Láser para escanear - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$33

Beneficios opcionales

- Beneficio de monturas por 12 meses El beneficio reemplaza la frecuencia básica de 24 meses del plan.
- Lentes de policarbonato para niños menores de 19 años Proporciona lentes de policarbonato estándar con un copago de \$0. No está disponible en AK, CT, ID ni en OH.

- ¹ Los costos al afiliado pueden exceder \$39 con ciertos proveedores. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
- ² El costo por el examen de lentes de contacto estándar, adaptación y seguimiento y los descuentos del examen para lentes de contacto premium de hasta el 10% podrían variar según cada proveedor participante. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
- ³ Podría haber descuentos en todas las monturas, a menos que el fabricante no lo permita.
- ⁴ Los costos de opciones de lentes pueden variar según el proveedor. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si los costos enumerados están disponibles.
- ⁵ El plan cubre lentes de contacto o monturas, pero no ambos.

Descuentos adicionales del plan

- Los afiliados podrían recibir un 20% de descuento con proveedores participantes, para artículos no cubiertos por el plan. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden combinarse con ningún otro descuento o promoción. Podrían no ser cubiertos los servicios o materiales provistos por cualquier otro plan grupal de beneficios para la vista. Ciertos materiales para la vista de marca, podrían no ser elegibles para el descuento si el fabricante impone una política de no ofrecer descuentos. Los descuentos para monturas, lentes y opciones de lentes se aplican solo al comprar un par completo de anteojos. Si se compran por separado, los afiliados reciben un descuento de 20% sobre el precio minorista.
- Los afiliados podrían recibir un descuento del 15% del precio minorista o 5% de descuento del precio de promoción de LASIK o PRK de la red US Laser Network, perteneciente a LCA Vision. Ya que las correcciones por LASIK o PRK son procedimientos electivos, hechos por proveedores capacitados especialmente para ello, el descuento podría no estar disponible con el proveedor que usted visite.

Limitaciones y exclusiones:

Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en su sección "Beneficios para la vista", la póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras usted califica para cualquier ley de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
 - Que sean gratis o por los que usted no tenga que pagar si no tuviera esta cobertura, a menos que los cargos se reciban por parte de, o se reembolsen al, gobierno de EE.UU. o cualquiera de sus agencias según lo exija la ley;
 - Proporcionados por, o pagaderos por, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia administrada o propiedad del gobierno de EE.UU. para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión física.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
 - Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
 - Cualquier conflicto armado internacional; o
 - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier costo que se presentara por rellenar formularios.
5. Su falta por no acudir a una cita.
6. Cualquier hospital, instalación quirúrgica o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
7. Medicamentos recetados o medicación previa a la anestesia, ya sean suministrados o recetados.
8. Cualquier servicio que no se haya descrito específicamente en el Cronograma de beneficios.
9. Cualquier servicio que nosotros determinemos que:
 - No es necesario para la vista;
 - No ofrezca un pronóstico favorable;
 - Que no tenga aprobación profesional uniforme; o
 - Sea de carácter experimental o para investigación.
10. Ortóptica o entrenamiento de la visión
11. Aditamentos para la vista subnormal y pruebas afines.
12. Lentes para aniseiconía.
13. Cualquier servicio que consideremos cosmético.
14. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en la que termina su cobertura conforme a esta póliza.
15. Servicios proporcionados por alguien que generalmente viva en su casa o que es miembro de la familia.
16. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamiento que resulte de cualquier lesión auto infligida intencionalmente o enfermedad corporal.
18. Lentes plano.
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o de tejidos anexos.
20. El remplazo de lentes o monturas recibidas bajo este plan en caso de pérdida o roturas, a menos que el plan lo permita.
21. Cualquier servicio o material requerido por un patrono como condición de empleo.
22. Lentes para el sol sin receta.
23. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
24. Servicios o materiales provistos por cualquier otro beneficio grupal que proporcione servicios para la vista.
25. Ciertas marcas para las cuales, el fabricante prohíba descuentos.
26. Tratamiento correctivo experimental para la vista.
27. Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
28. Tratamiento patológico.
29. Artículos que no tengan receta médica.
30. Costos asociados con el aseguramiento de los materiales.
31. Servicios pre y posoperatorios.
32. Ortoqueratología.
33. Materiales de mantenimiento de rutina.
34. Adaptación o cambios en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permitan específicamente en otra sección del certificado.
35. Lentes pintados de manera artística.

La salud de la vista afecta a la salud en general

Los exámenes rutinarios de la vista pueden ayudar a la detección temprana de problemas de la vista y otras enfermedades como, diabetes, hipertensión, esclerosis múltiple, osteoporosis y artritis reumatoide. ¹.



¹ Thompson Media Inc.

Los productos de seguro de Humana Visión están asegurados por Humana Insurance Company, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc. o Humana Insurance Company of New York.

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. El agente le proporcionará las exclusiones y limitaciones específicas tal y como aparecen en la Guía de información técnica y regulativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura..

AVISO: Sus gastos reales por servicios cubiertos pudieran exceder el costo o reembolso indicado debido a que los cargos reales del proveedor no se pueden utilizar para determinar la porción correspondiente al afiliado y al plan.

Humana®



La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Examen con dilatación según sea necesario

- Imágenes de la retina¹

\$10
Hasta \$39

Hasta \$30
No cubierto

Opciones de examen de lentes de contacto²

- Lentes de contacto estándar adaptación y seguimiento
- Lentes de contacto premium adaptación y seguimiento

\$0

10% de descuento del precio minorista, luego subsidio de \$55

Hasta \$30

Hasta \$30

Monturas³

Subsidio de \$160
20% de descuento al saldo sobre \$160

Subsidio de \$80

Lentes de plástico estándar⁴

- Monofocales
- Bifocal
- Trifocal
- Lenticular

\$10
\$10
\$10
\$10

Hasta \$25
Hasta \$40
Hasta \$60
Hasta \$100

Humana Vision 160

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Opciones de lentes cubiertos⁴

• Capa UV	\$15	No cubierto
• Tinte (sólido y gradiente)	\$15	No cubierto
• Protección estándar contra rasgaduras	\$15	No cubierto
• Policarbonato estándar - Adultos	\$40	No cubierto
• Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años	\$40	No cubierto
• Capa antirreflejo estándar	\$10	Hasta \$25
• Progresivo estándar (complemento de bifocal)	Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:	Capa antirreflejo premium de la siguiente manera:
- Nivel 1	\$22	Hasta \$25
- Nivel 2	\$33	Hasta \$25
- Nivel 3	80% del cargo menos el subsidio de \$35	Hasta \$25
• Progresivo estándar* (complemento de bifocal)	\$10	Hasta \$40
• Progresivo premium	Lentes progresivos premium de la siguiente manera:	Lentes progresivos premium de la siguiente manera:
- Nivel 1	\$45	Hasta \$40
- Nivel 2	\$55	Hasta \$40
- Nivel 3	\$70	Hasta \$40
- Nivel 4	\$25 de copago, 80% del cargo menos el subsidio de \$120	Hasta \$40
• Fotocromático/de transición, plástico	\$75	No cubierto
• Polarizados	80% del cargo	No cubierto

Lentes de contacto⁵ (solo materiales)

• Convencional	Subsidio de \$160, 15% de descuento al saldo sobre \$160	Subsidio de \$128
• Desechables	Subsidio de \$160	Subsidio de \$128
• Necesarios por razones médicas	\$0	Subsidio de \$210

Frecuencia

• Examen	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
• Lentes o lentes de contacto	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
• Monturas	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses

Humana Vision 160

Servicios para el cuidado de la vista

Si acude a un proveedor DE LA RED (costo al afiliado)

Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED (reembolso)

Cuidado de la vista por diabetes (cuidado y exámenes para diabéticos)

• Examen - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$77
• Imágenes de la retina - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$50
• Oftalmoscopia extendida - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$15
• Gonioscopia - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$15
• Láser para escanear - Hasta (2) servicios por año	\$0	Hasta \$33

Beneficios opcionales

- Beneficio de monturas por 12 meses El beneficio reemplaza la frecuencia básica de 24 meses del plan.
- Lentes de policarbonato para niños menores de 19 años Proporciona lentes de policarbonato estándar con un copago de \$0. No está disponible en AK, CT, ID ni en OH.

- ¹ Los costos al afiliado pueden exceder \$39 con ciertos proveedores. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
- ² El costo por el examen de lentes de contacto estándar, adaptación y seguimiento y los descuentos del examen para lentes de contacto premium de hasta el 10% podrían variar según cada proveedor participante. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.
- ³ Podría haber descuentos en todas las monturas, a menos que el fabricante no lo permita.
- ⁴ Los costos de opciones de lentes pueden variar según el proveedor. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si los costos enumerados están disponibles.
- ⁵ El plan cubre lentes de contacto o monturas, pero no ambos.

Descuentos adicionales del plan

- Los afiliados podrían recibir un 20% de descuento con proveedores participantes, para artículos no cubiertos por el plan. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden combinarse con ningún otro descuento o promoción. Podrían no ser cubiertos los servicios o materiales provistos por cualquier otro plan grupal de beneficios para la vista. Ciertos materiales para la vista de marca, podrían no ser elegibles para el descuento si el fabricante impone una política de no ofrecer descuentos. Los descuentos para monturas, lentes y opciones de lentes se aplican solo al comprar un par completo de anteojos. Si se compran por separado, los afiliados reciben un descuento de 20% sobre el precio minorista.
- Los afiliados podrían recibir un descuento del 15% del precio minorista o 5% de descuento del precio de promoción de LASIK o PRK de la red US Laser Network, perteneciente a LCA Vision. Ya que las correcciones por LASIK o PRK son procedimientos electivos, hechos por proveedores capacitados especialmente para ello, el descuento podría no estar disponible con el proveedor que usted visite.

Limitaciones y exclusiones:

Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en su sección "Beneficios para la vista", la póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras usted califica para cualquier ley de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
 - Que sean gratis o por los que usted no tenga que pagar si no tuviera esta cobertura, a menos que los cargos se reciban por parte de, o se reembolsen al, gobierno de EE.UU. o cualquiera de sus agencias según lo exija la ley;
 - Proporcionados por, o pagaderos por, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia administrada o propiedad del gobierno de EE.UU. para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión física.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
 - Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
 - Cualquier conflicto armado internacional; o
 - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier costo que se presentara por rellenar formularios.
5. Su falta por no acudir a una cita.
6. Cualquier hospital, instalación quirúrgica o de tratamiento, o por los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
7. Medicamentos recetados o medicación previa a la anestesia, ya sean suministrados o recetados.
8. Cualquier servicio que no se haya descrito específicamente en el Cronograma de beneficios.
9. Cualquier servicio que nosotros determinemos que:
 - No es necesario para la vista;
 - No ofrezca un pronóstico favorable;
 - Que no tenga aprobación profesional uniforme; o
 - Sea de carácter experimental o para investigación.
10. Ortóptica o entrenamiento de la visión
11. Aditamentos para la vista subnormal y pruebas afines.
12. Lentes para aniseiconía.
13. Cualquier servicio que consideremos cosmético.
14. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en la que termina su cobertura conforme a esta póliza.
15. Servicios proporcionados por alguien que generalmente viva en su casa o que es miembro de la familia.
16. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamiento que resulte de cualquier lesión auto infligida intencionalmente o enfermedad corporal.
18. Lentes plano.
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o de tejidos anexos.
20. El remplazo de lentes o monturas recibidas bajo este plan en caso de pérdida o roturas, a menos que el plan lo permita.
21. Cualquier servicio o material requerido por un patrono como condición de empleo.
22. Lentes para el sol sin receta.
23. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
24. Servicios o materiales provistos por cualquier otro beneficio grupal que proporcione servicios para la vista.
25. Ciertas marcas para las cuales, el fabricante prohíba descuentos.
26. Tratamiento correctivo experimental para la vista.
27. Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
28. Tratamiento patológico.
29. Artículos que no tengan receta médica.
30. Costos asociados con el aseguramiento de los materiales.
31. Servicios pre y posoperatorios.
32. Ortoqueratología.
33. Materiales de mantenimiento de rutina.
34. Adaptación o cambios en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permitan específicamente en otra sección del certificado.
35. Lentes pintados de manera artística.

La salud de la vista afecta a la salud en general

Los exámenes rutinarios de la vista pueden ayudar a la detección temprana de problemas de la vista y otras enfermedades como, diabetes, hipertensión, esclerosis múltiple, osteoporosis y artritis reumatoide.¹



¹ Thompson Media Inc.

Los productos de seguro de Humana Visión están asegurados por Humana Insurance Company, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc. o Humana Insurance Company of New York.

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. El agente le proporcionará las exclusiones y limitaciones específicas tal y como aparecen en la Guía de información técnica y regulativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura..

AVISO: Sus gastos reales por servicios cubiertos pudieran exceder el costo o reembolso indicado debido a que los cargos reales del proveedor no se pueden utilizar para determinar la porción correspondiente al afiliado y al plan.



La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 تماس بگیرید. (TTY: 711)

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).