



Matriz de divulgación de Resumen de beneficios dentales y cobertura (SDBC, por sus siglas en inglés)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la aseguradora: Humana

Tipo de póliza: PPO

Fecha de vigencia: A partir del 1 de febrero de 2011

Nombre del plan: Loyalty Plus

Número de teléfono de la aseguradora: 866-537-0232 (TTY:711)

Sitio web de la aseguradora: espanol.humana.com

ESTA MATRIZ ESTÁ DESTINADA A AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DE SEGURO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LAS LIMITACIONES. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN EN ESPANOL.HUMANA.COM O LLAME AL 866-537-0232 (TTY: 711).

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

| Deducible | Dentro de la red | | | Fuera de la red | | |
|--------------------|------------------|------------------|----------|-----------------|------------------|----------|
| | Individual | Individual + uno | Familiar | Individual | Individual + uno | Familiar |
| Servicios dentales | \$150 | \$300 | \$450 | \$150 | \$300 | \$450 |
| Ortodoncia | Sin cobertura | | | Sin cobertura | | |

- **No se aplica el deducible para servicios preventivos.**
- Un **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de la póliza antes de que la aseguradora comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental provistos por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que tienen un contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas por servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental provistos por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que no tienen un contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas.

Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ LA PÓLIZA

| Máximos | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|--|
| Máximo anual | \$1,000 en el primer año por cada individuo participante en el plan \$1,250 en el segundo año por cada individuo participante en el plan \$1,500 en los años siguientes por cada individuo participante en el plan | \$1,000 en el primer año por cada individuo participante en el plan \$1,250 en el segundo año por cada individuo participante en el plan \$1,500 en los años siguientes por cada individuo participante en el plan |
| Máximo de por vida o anual para ortodoncia | Sin cobertura | Sin cobertura |

- El **máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su plan pagará por el costo del cuidado dental dentro de un período específico, generalmente un período de 12 meses consecutivos o año calendario. No todos los servicios cuentan para el máximo anual.
- El **máximo de por vida** es la cantidad máxima en dólares que su plan que proporciona los beneficios dentales pagará durante la vida del afiliado. Los máximos de por vida suelen aplicarse a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA

Períodos de espera: un período de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de ser elegible para recibir beneficios o servicios para todos o determinados tratamientos dentales. **Este plan no tiene períodos de espera.**

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno. Los procedimientos dentales comunes corresponden a una de las siguientes categorías aplicables: Preventivos y de diagnóstico, Básicos o Importantes. La columna Limitaciones y exclusiones de los beneficios incluye solo limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna Limitaciones y exclusiones de los beneficios.

| Procedimientos dentales comunes | Categoría | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones y exclusiones de los beneficios |
|---------------------------------|-----------------------|---|---|---|
| <i>Examen oral</i> | Servicios preventivos | 0% sin deducible | 0% sin deducible | Límite de dos por año del plan |
| <i>Radiografía de mordida</i> | Servicios básicos | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Límite de un conjunto de dos o cuatro cada año del plan |
| <i>Limpieza</i> | Servicios preventivos | 0% sin deducible | 0% sin deducible | Límite de dos por año del plan |
| <i>Empaste</i> | Servicios básicos | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Límite de dos cada año del plan; el composite solo está cubierto para los dientes frontales |

| Procedimientos dentales comunes | Categoría | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones y exclusiones de los beneficios |
|---|-----------------------|---|---|--|
| <i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i> | Servicios básicos | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Año uno – 60% después del deducible Año dos – 45% después del deducible Años siguientes – 30% después del deducible | Límite de dos por año del plan |
| <i>Conducto radicular</i> | Servicios importantes | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Límite de uno por diente cada dos años; dientes permanentes únicamente |
| <i>Alisado y raspado radicular</i> | Servicios importantes | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Límite de dos por año del plan |
| <i>Corona de cerámica</i> | Servicios importantes | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Límite de una por diente cada cinco años |

| Procedimientos dentales comunes | Categoría | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones y exclusiones de los beneficios |
|---|-----------------------|---|---|---|
| <i>Dentadura postiza parcial removible</i> | Servicios importantes | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Límite de una cada cinco años |
| <i>Extracción, diente erupcionado con extracción de hueso</i> | Servicios importantes | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Año uno – 80% después del deducible Año dos – 70% después del deducible Años siguientes – 50% después del deducible | Sin límite |
| <i>Ortodoncia</i> | | | | Sin cobertura |

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos proporcionados representan servicios que se utilizan comúnmente en las categorías de servicios de Diagnóstico y preventivos, Básicos e Importantes con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que usted pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en la tabla a continuación, según el cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de los servicios excluidos según el plan.

| Dana tiene una cita dental con un nuevo dentista | Sam necesita un empaste dental | María necesita una corona |
|---|--|--|
| Examen, radiografías (FMX) y limpieza de paciente nuevo | Composite a base de resina – una superficie, posterior | Corona – substrato de cerámica/porcelana |

| Consulta de Dana | Costo de Dana | Consulta de Sam | Costo de Sam | Consulta de María | Costo de María |
|-------------------------|---|-------------------------|---|--------------------------|---|
| Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$263.71 Fuera de la red: \$307.63 | Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$198.98 Fuera de la red: \$298.47 | Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$1,135.34 Fuera de la red: \$1,377.41 |
| Deducible | Dentro de la red: \$150.00 Fuera de la red: \$150.00 | Deducible | Dentro de la red: \$150.00 Fuera de la red: \$150.00 | Deducible | Dentro de la red: \$150.00 Fuera de la red: \$150.00 |

| Consulta de Dana | Costo de Dana | Consulta de Sam | Costo de Sam | Consulta de María | Costo de María |
|---|---|---|---|---|---|
| Máximo anual (el plan pagará) | Dentro de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes Fuera de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes | Máximo anual (el plan pagará) | Dentro de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes Fuera de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes | Máximo anual (el plan pagará) | Dentro de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes Fuera de la red: \$1,000.00 en el primer año; \$1,250.00 en el segundo año \$1,500.00 en los años siguientes |
| Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 0% sin deducible | Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 60% después del deducible, el primer año; 45% después del deducible, el segundo año; 30% después del deducible, los años siguientes | Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 80% después del deducible, el primer año; 70% después del deducible, el segundo año; 50% después del deducible, los años siguientes |

| Consulta de Dana | Costo de Dana | Consulta de Sam | Costo de Sam | Consulta de María | Costo de María |
|---|---|--|---|--|---|
| | Fuera de la red: 0% sin deducible | | Fuera de la red: 60% después del deducible, el primer año; 45% después del deducible, el segundo año; 30% después del deducible, los años siguientes | | Fuera de la red: 80% después del deducible, el primer año; 70% después del deducible, el segundo año; 50% después del deducible, los años siguientes |
| En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$0.00 Fuera de la red: \$0.00 | En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$179.39 en el primer año; \$172.04 en el segundo año \$164.69 en los años siguientes Fuera de la red: \$239.08 en el primer año; \$216.81 en el segundo año \$194.54 en los años siguientes | En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$938.27 en el primer año; \$839.73 en el segundo año \$642.67 en los años siguientes Fuera de la red: \$1,131.93 en el primer año; \$1,009.19 en el segundo año \$763.70 en los años siguientes |
| Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Una FMX por año del plan, dos exámenes y limpiezas por año del plan | Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Límite de dos por año del plan; el composite solo está cubierto para los dientes frontales | Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Una vez por diente cada cinco años del plan |

Aviso de no discriminación. Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc. proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, así como servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, incluidos intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con Humana Inc. y sus subsidiarias en **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 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>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados o residentes de California: También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California), **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

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

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

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

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

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

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

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

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

հայերէն (Armenian): Ձանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ ստանալու համար:

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sau kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Estos avisos están disponibles en [es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](https://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure) y www.humana.com/legal/multi-language-support.