

## Acerca de su plan

Este plan individual de servicios dentales, para la vista y la audición de Humana Extend 5000 está diseñado para personas que desean combinar sus coberturas en un solo plan y maximizar sus beneficios. Este plan ofrece acceso a una red de proveedores en todo el país que se especializan en servicios rutinarios dentales, de la vista y de la audición. La cobertura incluye servicios dentales preventivos, básicos e importantes, además de servicios para la vista y la audición.

**Quién se puede inscribir en este plan:** Todas las personas se pueden inscribir en este plan.

## Cómo funciona su plan

- Cobertura dental preventiva, básica e importante (pueden aplicarse períodos de espera).
- Cobertura de implantes dentales.
- Los servicios dentales preventivos tienen cobertura del 100% sin deducible. Coseguro para servicios dentales básicos e importantes después del deducible.
- Cobertura de blanqueamiento de dientes.
- Cobertura de servicios para la vista y la audición.

## Cobertura dental

La buena salud oral significa más que una sonrisa atractiva. Las investigaciones demuestran que la salud oral, el cuidado preventivo y las consultas regulares con el dentista son parte integral de la salud general.<sup>1</sup> Los afiliados pueden maximizar los beneficios de eligiendo uno de los más de 143,000 dentistas y especialistas\* de nuestra red nacional. Visite [Humana.com/FindCare](http://Humana.com/FindCare) para encontrar un dentista participante.

### Deducible por año calendario

Este es el monto en dólares que usted paga por los servicios cubiertos cada año calendario antes de que el plan pague

#### Individuo

\$75 por persona  
(sin deducible para servicios preventivos contratada)

#### Familiar

\$75 por persona  
(sin deducible para servicios preventivos contratada)

### Máximos anuales y de por vida del plan

Este es el monto máximo que el plan pagará en un año calendario por los servicios cubiertos

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Máximo anual de servicios dentales preventivos, básicos e importantes</b></li> <li>• <b>Máximo anual para implantes dentales</b></li> <li>• <b>Máximo de por vida para implantes dentales</b></li> </ul> | <p>\$5,000 por persona (para todos los servicios cubiertos combinados, incluidos implantes dentales)</p> <p>\$2,000 por persona</p> <p>\$4,000 por persona</p> |
|--|--|

## Servicios de cuidado dental

	Cobertura contratada	Cobertura no contratada <sup>†</sup>
<b>Servicios preventivos (sin período de espera)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes orales periódicos de rutina (límite de dos por año calendario)</li> <li>Examen oral limitado (límite de uno por año calendario)</li> <li>Examen oral integral (límite de uno cada tres años)</li> <li>Evaluación periodontal integral (límite de una cada tres años)</li> <li>Radiografías de mordida (límite de un juego de dos películas por año calendario para niños de 10 años y menores, y límite de un juego de cuatro películas por año calendario para niños de 11 años y mayores)</li> <li>Radiografía panorámica (límite de una cada cinco años)</li> <li>Limpiezas rutinarias – profilaxis (límite de dos por año calendario)</li> <li>Tratamiento con flúor tópico (límite de dos por año calendario)</li> <li>Selladores (límite de una vez por diente de por vida, hasta los 14 años y menores para los dientes primarios únicamente)</li> </ul>	100% sin deducible	100% sin deducible
<b>Servicios básicos (se aplica un período de espera de 90 días – se puede eximir con una prueba de cobertura previa)<sup>2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Extracciones simples y remoción de raíz</li> <li>Restauraciones – empastes (límite de uno por diente, cada dos años; el composite solo está cubierto para los dientes frontales<sup>3</sup>)</li> <li>Mantenedores de espacio (hasta los 14 años y menores únicamente para los dientes primarios)</li> <li>Anestesia</li> <li>Tratamiento paliativo por dolor dental – por consulta</li> </ul>	80% después del deducible	80% después del deducible
<b>Servicios importantes (se aplica un período de espera de 6 meses – se puede eximir con una prueba de cobertura previa)<sup>2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endodoncia – conductos radiculares (límite de uno por diente de por vida)</li> <li>Dentaduras postizas completas (límite de una cada cinco años)</li> <li>Dentaduras postizas parciales removibles (límite de una cada cinco años)</li> <li>Reparación y ajustes de dentaduras postizas (si han transcurrido más de seis meses desde la colocación inicial)</li> <li>Coronas, incrustaciones inlay y onlay (límite de una por diente cada cinco años)</li> <li>Extracción quirúrgica</li> </ul>	<p>Año uno 50% después del deducible</p> <p>Año dos y años posteriores, 60% después del deducible</p>	<p>Año uno 50% después del deducible</p> <p>Año dos y años posteriores, 60% después del deducible</p>

## Servicios de cuidado dental (continuación)

### Cobertura contratada

### Cobertura no contratada†

#### Servicios importantes (continuación) (se aplica un período de espera de 6 meses – se puede eximir con una prueba de cobertura previa)<sup>2</sup>

- Mantenimiento periodontal (límite de dos por año calendario) – *sin período de espera para este servicio*
- Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave – boca completa, tras evaluación oral (uno por año calendario, se reduce el límite para los servicios de limpieza [profilaxis]) – *sin período de espera para este servicio*
- Alisado y raspado radicular periodontal (límite de uno por cuadrante cada tres años) – *sin período de espera para este servicio*
- **Implante dental** – colocación quirúrgica (uno por diente cada cinco años, sujeto a revisión, necesidad clínica y frecuencias) – *no se puede eximir el periodo de espera para este servicio*

Año uno 50% después del deducible

Año uno 50% después del deducible

Año dos y años posteriores, 60% después del deducible

Año dos y años posteriores, 60% después del deducible

*Nota: No se cubre la reposición de dientes ausentes por causas congénitas o de dientes extraídos con anterioridad a la cobertura de la póliza.*

#### Blanqueamiento dental (sin período de espera)

- Blanqueado externo – por arco – realizado en el consultorio

Subsidio de \$200, no se aplica al deducible ni al máximo dental anual

\* Según los datos de la red de Humana, último acceso en noviembre de 2025.

† Los proveedores dentales sin contrato no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. El proveedor sin contrato puede facturar al afiliado más de lo que paga el plan. Los afiliados son responsables de esta diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del proveedor sin contrato. Es lo que se conoce como facturación del saldo. Los beneficios recibidos están sujetos a las exclusiones, limitaciones o cantidades máximas del beneficio. Los proveedores sin contrato aceptan facturarnos directamente. Si un proveedor sin contrato no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que el afiliado tenga que pagar por adelantado y enviar una solicitud de reembolso.

En Texas, los planes proporcionan beneficios para obtener cuidado de dentistas contratados y no contratados. Los dentistas no contratados no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. Si un afiliado consulta a un dentista no contratado, sus gastos de desembolso personal pueden ser superiores a los que cobran los dentistas contratados. Es posible que a veces vea que se hace referencia a esto con los términos de la red y fuera de la red.

**Important to know:** Este plan puede tener un período de contrato inicial mínimo de un año. Si necesita más aclaraciones sobre la cobertura y los beneficios, pídale a su dentista un presupuesto previo al tratamiento.

#### Notas al pie

1. “Gum Diseases and other Diseases”, American Academy of Periodontology, consultador por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.perio.org/for-patients/gum-disease-information/gum-disease-and-other-diseases/>

2. Se podría eximir del periodo de espera a los asegurados que demuestren 12 meses de cobertura previa, con un periodo de carencia que no supere los 63 días. No se puede eximir el periodo de espera para los servicios de implantes. La cobertura previa se define como un plan de seguro dental independiente que cubría servicios preventivos y básicos. Los planes de descuento, los beneficios suplementarios obligatorios incluidos en un plan Medicare Advantage y los planes de Medicaid no se consideran cobertura previa acreditable.

3. Los empastes de composite (blancos) se cubren solamente para los dientes anteriores (frontales). Se permite un beneficio alterno de uso de empastes de composite en dientes posteriores (traseros) cuando el plan cubre el costo de un empaste de amalgama (plata) y el afiliado es responsable del costo por encima de la cantidad cubierta.

## Cobertura para la vista

Hacerse controles oculares todos los años puede ayudar a detectar complicaciones relacionadas con la vista, como glaucoma, cataratas y retinopatía diabética, la principal causa de ceguera entre los adultos<sup>4</sup> y la complicación ocular más común en los pacientes diabéticos<sup>5</sup>.

Los afiliados tienen acceso a la mayor red de visión de Estados Unidos<sup>‡</sup>, con optometristas y oftalmólogos en más de 214,000 puntos de acceso<sup>\*\*</sup>, incluidas tiendas minoristas independientes y nacionales como LensCrafters®, Pearle Vision® y Target Optical®. Visite [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare) para buscar un proveedor cerca de usted.

### Servicios de cuidado de la vista

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rutinario</li> <li>Imágenes de la retina</li> </ul>	Copago de \$0 \$39	Subsidio de \$30 No hay cobertura
<b>Opciones de exámenes de lentes de contacto (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajuste de lentes de contacto estándar y seguimiento</li> <li>Ajuste de lentes de contacto premium y seguimiento</li> </ul>	\$40 10% de descuento sobre el precio minorista	No hay cobertura No hay cobertura
<b>Monturas (una cada 24 meses desde la última fecha de servicio)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monturas</li> </ul>	Subsidio de \$150 (20% de descuento del saldo superior a \$150)	Subsidio de \$50
<b>Opciones de lentes (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes monofocales</li> <li>Bifocales</li> <li>Trifocales</li> <li>Lenticulares</li> <li>Lentes progresivos – estándar (complemento a bifocales)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos – nivel 1</li> <li>Lentes progresivos – nivel 2</li> <li>Lentes progresivos – nivel 3</li> <li>Lentes progresivos – nivel 4<sup>††</sup></li> </ul> </li> </ul>	Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$25 \$25 Copago de \$50 \$90 \$100 \$110 \$90; 20% de descuento del precio minorista menos un subsidio de \$120	Subsidio de \$25 Subsidio de \$40 Subsidio de \$55 No hay cobertura Subsidio de \$40 No hay cobertura No hay cobertura No hay cobertura

## Servicios de cuidado de la vista (continuación)

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Opciones de lentes (continuación)</b> (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capa antirrefleitora – estándar                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Capa antirrefleitora – nivel 1 premium</li> <li>Capa antirrefleitora – nivel 2 premium</li> <li>Capa antirrefleitora – nivel 3 premium</li> </ul> </li> <li>Fotocromático – sin vidrio</li> <li>Protección ultravioleta</li> <li>Tinte (liso y con gradiente)</li> <li>Recubrimiento estándar contra rayaduras – plástico</li> <li>Policarbonato estándar – mayores de 19 años</li> <li>Policarbonato estándar – tener 18 años o menos</li> <li>Otros complementos y servicios</li> </ul>	<p>\$45</p> <p>\$57</p> <p>\$68</p> <p>20% de descuento sobre el precio minorista</p> <p>\$75</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$40</p> <p>\$40</p> <p>20% de descuento sobre el precio minorista</p>	<p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p> <p>No hay cobertura</p>
<b>Lentes de contacto</b> (en lugar de lentes; uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio) <sup>‡</sup>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Convencionales</li> <li>Desechables</li> <li>Necesarios por razones médicas</li> </ul>	<p>Subsidio de \$150 (15% de descuento del saldo superior a \$150)</p> <p>Subsidio de \$150</p> <p>Copago de \$0</p>	<p>Subsidio de \$80</p> <p>Subsidio de \$80</p> <p>Subsidio de \$200</p>
<b>Corrección de la visión con láser</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lasik o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de U.S. Laser Network</li> </ul>	<p>15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento del precio promocional</p>	<p>No hay cobertura</p>
<b>Ofertas especiales</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otro</li> </ul>	<p>20% de descuento sobre el precio minorista en artículos no cubiertos por el plan<sup>***</sup></p>	<p>No hay cobertura</p>

‡ Según los datos de la red EyeMed Insight y el análisis de las mayores redes de los competidores a través de los datos de los competidores, 2023.

\*\* Según los datos de la red de Humana, último acceso en octubre de 2025.

†† Cálculo de lentes progresivos de nivel 4: Multiplique el precio minorista por 80%, reste el subsidio de \$120 y sume \$90.

‡‡ El plan permite al afiliado recibir lentes de contacto o servicios de lentes.

\*\*\* Obtenga un 40% de descuento en un segundo par completo de anteojos recetados en proveedores dentro de la red participantes. Simplemente pregúntele a su proveedor y luego elija sus monturas y lentes.

Las ofertas y descuentos especiales no son un seguro. Estos solo están disponibles a través de proveedores dentro de la red participantes y están sujetos a cambio sin previo aviso.

### Detalles adicionales

El afiliado puede recibir un descuento del 20% en artículos no cubiertos por el plan en ubicaciones dentro de la red. El descuento no se aplica a los servicios profesionales del proveedor ni a los lentes de contacto. Los descuentos del plan no se pueden combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. En ciertos estados, es posible que se requiera que los afiliados paguen la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte nuestro localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Es posible que los descuentos en materiales de visión no se apliquen a los productos de ciertos fabricantes. El Plan se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y en los costos de bolsillo del afiliado. Los precios fijos reflejan las marcas en el nivel de producto indicado. No todos los proveedores están obligados a llevar todas las marcas en todos los niveles. El servicio y los montos enumerados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento.

Los afiliados pueden recibir un 15% de descuento sobre el precio minorista o pueden recibir un 5% de descuento en cualquier precio promocional para los procedimientos de corrección con láser Lasik o queratectomía fotorrefractiva (PRK, por sus siglas en Inglés). Los procedimientos de corrección Lasik o PRK son proporcionados por U.S. Laser Network, propiedad de LCA Vision. Tenga en cuenta que, dado que el Lasik y la corrección de la visión PRK son procedimientos electivos, realizados por proveedores especialmente capacitados, es posible que este descuento no siempre esté disponible en un proveedor en su ubicación inmediata, por lo que los afiliados primero deben llamar al 844-608-2020 para conocer el centro más cercano y recibir autorización para el descuento.

También tiene acceso a descuentos exclusivos para afiliados que puede utilizar además de su beneficio de la visión; estos no forman parte del plan de seguro. Póngase en contacto con su proveedor o consulte el localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Se agregan nuevas ofertas con frecuencia, así que eche un vistazo antes de programar su próximo examen de la vista.

Los afiliados pueden recibir un descuento en estos servicios no cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor participante para determinar si hay descuentos disponibles en servicios no cubiertos.

### Footnotes

4. "About Common Eye Disorders and Diseases," Centers for Disease Control and Prevention, consultado por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.cdc.gov/vision-health/about-eye-disorders>

5. "Diabetic Eye Disease Resources," National Eye Institute, consultado por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/outreach-resources/diabetic-eye-disease-resources>



LENSCRAFTERS®



## Cobertura para la audición

Debe ver a un proveedor de TruHearing® para utilizar este beneficio. Llame al **855-241-6293 (TTY: 711)** para programar una cita. Tendrá acceso a más de 8,850 centros de proveedores de la red de TruHearing<sup>†††</sup>. Visite [TruHearing.com/humanaextend/](https://www.truhearing.com/humanaextend/) para obtener más información.

### Artículo o servicio cubierto

#### Descripción/frecuencia

#### Dentro de la red

#### Fuera de la red

### Examen de audición

Una prueba auditiva rutinaria por año calendario

Copago de \$0

Subsidio de \$45

††† MarkeTrak 10

## Limitaciones y exclusiones

---

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan individual de servicios dentales, para la vista y la audición de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Además de cualquier limitación y exclusión que se detallan en las secciones “Programa de beneficios de la póliza” o “Definición”, esta póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras una persona cubierta califica para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
  - a. Que son gratis o por los que una persona cubierta no tendría que pagar si no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias según lo exige la ley y se reembolsen a estos;
  - b. Proporcionados por, o pagaderos según, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
  - c. Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que está bajo la administración o que es propiedad del gobierno de los Estados Unidos.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
  - a. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
  - b. Participación en disturbios;
  - c. Intentar cometer o cometer un delito;
  - d. Participar en una profesión u ocupación ilegal;
  - e. Cualquier conflicto armado; o
  - f. Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad.
4. Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
5. Incumplimiento de una cita con el proveedor.
6. Servicios que consideremos odontología estética, a menos que sean necesarios como resultado de una lesión accidental provocada mientras la persona cubierta tiene cobertura conforme a esta póliza.
7. Cargos por:
  - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a esta, a menos que se incluya de otro modo como un servicio cubierto en el “Programa de beneficios de la póliza”;
  - b. Elementos de precisión o semi precisión;
  - c. Sobredentadura y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las sobredentaduras;
  - d. Otros elementos personalizados;
  - e. Imágenes en 3D;
  - f. Servicios dentales temporales y provisionales;
  - g. Cargos separados por materiales o uso de equipos, tales como láseres; o
  - h. Cargos separados por tratamiento realizado en una clínica, centro dental o centro médico que sea propiedad o bien esté operado, patrocinado o sea mantenido por (i) el patrono o cualquier persona cubierta; o (ii) un empleado de cualquier persona cubierta.
8. Cualquier servicio relacionado con:
  - a. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
  - b. La restauración o el mantenimiento de la oclusión;
  - c. Ferulización de dientes, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontales débiles;
  - d. Sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
  - e. El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.

## Limitaciones y exclusiones (continuación)

---

10. Tarifas para tratamiento dental hecho por otra persona que no sea un dentista, excepto para el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que puede realizarla un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y el asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
11. Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o premedicamentos, ya sean suministrados o recetados.
13. Servicios que no se detallan específicamente en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
14. Servicios para los que se indica "No hay cobertura" en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
15. Servicios que determinemos que:
  - a. No son elegibles para beneficios en función de la revisión clínica;
  - b. No ofrecen un pronóstico favorable;
  - c. No tienen aceptación profesional uniforme; o
  - d. Son de carácter experimental o para investigación.
16. Servicios de ortodoncia.
17. Cualquier gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de cobertura de la persona cubierta o después de la fecha en la que termina la cobertura de la persona cubierta conforme a esta póliza.
18. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
19. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento o preparación del tejido asociado con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
20. Reparación o reemplazo de aparatos de ortodoncia.
21. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluido cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, craneomaxilar, trastorno craneomandibular u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas como dolores de cabeza.
22. Extracción electiva de dientes impactados sin patología asociada.
23. Servicio de cirugía ortognática.
24. Servicios que generalmente se consideran médicos o están cubiertos por un plan médico.
25. Servicios de destrucción de lesiones por cualquier método.
26. Servicios de trasplante dental.
27. Servicios de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral.
28. Servicios para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales, a menos que estén relacionados con cuestiones dentales.
29. Cualquier gasto aparte por cuidado pre y posoperatorio.
30. Reemplazo de restauraciones (empastes) colocadas hace menos de dos años.
31. No cubriremos el reemplazo de ninguna restauración importante, prótesis o aparato duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
32. Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
33. Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
34. Lentes aniseicónicas.
35. Cualquier servicio para la vista que determinemos que no es necesario o apropiado para la vista.
36. Lentes planas.
37. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
38. Reemplazo de lentes o monturas proporcionados conforme a esta póliza que se hayan perdido o roto, a menos que estén disponibles de otro modo conforme a la póliza.

## Limitaciones y exclusiones (continuación)

---

39. Cualquier examen o material para la vista que requiera un patrono como condición del empleo.
40. Gafas de sol no recetadas.
41. Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
42. Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado para la vista.
43. Ciertos nombres de marcas cuando el fabricante no permite descuentos.
44. Soluciones y productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
45. Tratamiento de una patología de la vista.
46. Artículos para la vista no recetados.
47. Costos relacionados con materiales de seguridad para la vista.
48. Servicios pre y posoperatorios para la vista.
49. Ortoqueratología.
50. Mantenimiento rutinario de materiales para la vista.
51. Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte de la póliza.
52. Lentes pintados artísticamente.

Asegurado por Humana Insurance Company.

Policy number: TX-72032

Las solicitudes están sujetas a una aprobación. Esta comunicación provee una descripción general de ciertos beneficios identificados como beneficios de seguros y no de seguros provistos bajo uno o más de uno de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones y plazos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigor o interrumpirse. Para obtener información sobre los costos y detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de cualquier desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan regirá. Los planes no están disponibles en todos los estados. Los beneficios del plan pueden variar por estado. Consulte los documentos del plan para obtener todos los detalles sobre la cobertura.

No se debe enviar dinero a Humana en respuesta a este anuncio y no se puede obtener cobertura según este plan de beneficios de salud sin completar la solicitud de cobertura.

EyeMed and TruHearing (los Proveedores) son proveedores externos. El contrato de Humana con los Proveedores no exige a un afiliado de ninguna obligación conforme a la póliza ni modifica los términos de la póliza. La participación en el programa de Proveedores es voluntaria. Todas las declaraciones y garantías contenidas en este material de mercadeo son efectuadas exclusivamente por los Proveedores, no por Humana. Humana y los Proveedores, incluidas las filiales y subsidiarias respectivas de cada una de las partes, son entidades independientes, no afiliadas. Humana, su empresa matriz y sus filiales no son responsables ante los afiliados en caso de negligencia en la prestación de servicios por parte de los Proveedores.

Los enlaces a otros sitios web desde este sitio se proporcionan únicamente para su conveniencia y no constituyen ni implican la aprobación por parte de Humana, Inc. o sus subsidiarias de estos sitios, de los productos, opiniones o servicios descritos en estos sitios, ni de ningún otro material contenido en ellos. Humana se exime de responsabilidad por su contenido y exactitud.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica respaldo.

Es posible que, por diferencias lingüísticas, los enunciados contenidos en la publicación en otros idiomas diferentes al idioma inglés no reflejen rigurosamente el significado de la póliza original escrita en idioma inglés. En caso de discrepancia, la póliza, tal y como está redactada en inglés, se considera la fuente de referencia.