

# Preguntas frecuentes sobre Medicare y planes individuales dentales y para la vista

Este documento de preguntas frecuentes describe las preguntas que recibimos comúnmente de los agentes. Hay tres secciones:

- **Sección 1: Beneficios suplementarios obligatorios (MSB, por sus siglas en inglés) y beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage (MA) de Humana**
- **Sección 2: Beneficios individuales dentales y para la vista independientes (IDV, por sus siglas en inglés)**
- **Sección 3: Servicioapoyo al cliente y al agente**

## Sugerencias:

- Los agentes pueden encontrar mucha información sobre los planes dentales y para la vista de Humana en [igniteWithHumana.com](https://ignitewithhumana.com).
- Los agentes también tienen acceso a asistencia posterior a la inscripción a través de una Consulta de servicio en Vantage.
  - Haga preguntas sobre cómo se procesó la reclamación de un afiliado, verifique el estado de una reclamación o una estimación de costos previa al tratamiento, solicite una tarjeta de identificación o un directorio de proveedores, o consulte el acceso de un afiliado al cuidado (por ejemplo, un dentista de la red no reconoce el plan; un afiliado necesita asistencia para encontrar un proveedor de la red).

## Estos son algunos comentarios sobre la Consulta de servicio en Vantage:

*“El sistema Vantage para consultas fue fenomenal a la hora de proporcionar respuestas”.*

**Humana**®

**Aprendizaje y desarrollo de ventas minoristas de MarketPOINT** Humana MarketPOINT para fines de capacitación de agentes ÚNICAMENTE (no aprobado por los CMS). Esta información puede estar sujeta a cambios o actualizaciones por parte de los CMS. Los agentes son responsables de mantener el cumplimiento de todas las leyes y reglamentos aplicables. Propiedad exclusiva de Humana Inc.; no distribuir.

*“Aprecio mucho el trabajo y la ayuda de todos los que buscan asistir correctamente a nuestro afiliado. ESTO es lo que me gusta compartir con la gente: cómo cuidamos adecuadamente a nuestros afiliados”.*

*“La afiliada se sorprendió por la cantidad de veces que se comunicaron con su dentista cuando parecía que algo no se estaba haciendo bien. Muchas gracias por ayudarla. Ahora la afiliada derivó a sus amigos y a su hijo a Humana para nuestra cobertura dental”.*

---



**Aprendizaje y desarrollo de ventas minoristas de MarketPOINT** Humana MarketPOINT para fines de capacitación de agentes ÚNICAMENTE (no aprobado por los CMS). Esta información puede estar sujeta a cambios o actualizaciones por parte de los CMS. Los agentes son responsables de mantener el cumplimiento de todas las leyes y reglamentos aplicables. Propiedad exclusiva de Humana Inc.; no distribuir.

## **Sección 1: Beneficios suplementarios obligatorios (MSB, por sus siglas en inglés) y beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage (MA) de Humana**

*Controle y haga clic derecho en el tema para ir directamente a esa sección.*

- 1.1.A. Cómo entender los beneficios dentales en la tarjeta de identificación de MA
- 1.1.B. Información detallada sobre los beneficios dentales DENXXX de MA de Humana
- 1.1.C. Subsidio Flex Allowance para servicios dentales/para la vista/para la audición (D/V/H)
- 1.1.D. Dentaduras postizas
- 1.1.E. Beneficios dentales de OSB o MSB
- 1.1.F. Añadiendo y dando de baja a los OSB
- 1.1.G. Máximos anuales dentales de los planes MA
- 1.1.H. Cómo encontrar proveedores de la red para MSB y OSB
- 1.1.I. Reclamaciones dentales y reclamaciones dentales fuera de la red
- 1.1.J. Limpiezas rutinarias
- 1.1.K. Beneficio alternativo
- 1.1.L. Plan de pretratamiento
- 1.2.A. Directorio de proveedores de servicios para la vista
- 1.2.B. Beneficios para la vista
- 1.2.C. Reclamaciones de servicios para la vista fuera de la red

## **Sección 2: Beneficios individuales dentales y para la vista (IDV) independientes**

### **2.1. Planes individuales dentales**

- 2.1 A. Tarjeta de identificación del afiliado para servicios dentales
- 2.1.B. Información detallada sobre planes individuales dentales
- 2.1.C. Limitaciones como la cláusula de diente faltante y limitaciones de frecuencia
- 2.1.D. Limpieza rutinaria
- 2.1 E. Beneficios alternos
- 2.1.F. Exención a los períodos de espera
- 2.1.G. Directorio de proveedores de servicios dentales
- 2.1.H. Inscripción en el plan dental
- 2.1.I. Fechas de entrada en vigencia y de pago de servicios dentales
- 2.1.J. Plan de pretratamiento
- 2.1.K. Reclamaciones de servicios dentales
- 2.1.L. Cambiar o cancelar un plan dental

### **2.2. Planes individuales para la vista**

- 2.2.A. Tarjeta de identificación del afiliado para servicios para la vista

- 2.2.B. Información detallada sobre planes individuales para la vista
- 2.2.C. Directorio de proveedores de servicios para la vista
- 2.2.D. Inscripción en el plan para la vista
- 2.2.E. Fechas de entrada en vigencia y de pago de servicios para la vista
- 2.2.F. Reclamaciones de servicios para la vista
- 2.2.G. Cancelar un plan para la vista

## **Sección 3: Servicio de apoyo al cliente y al agente**

- 3.1.A. Asistencia previa y posterior a la inscripción

## Sección 1: Beneficios suplementarios obligatorios (MSB, por sus siglas en inglés) y beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage (MA) de Humana

### 1.1.A. Cómo entender los beneficios dentales en la tarjeta de identificación de MA

La tarjeta de identificación de Medicare Advantage incluye información sobre los beneficios médicos del afiliado en la parte del frente e información sobre los beneficios dentales al reverso.



En la imagen de ejemplo de la tarjeta de identificación de MA, HMO en la parte del frente ÚNICAMENTE hace referencia a los beneficios médicos. Los beneficios dentales NO SON HMO. Esos planes tienen beneficios dentales únicamente dentro de la red, pero utilizan una red que los dentistas conocen como PPO. El nombre de la red de servicios dentales se encuentra en las descripciones de beneficios dentales DENxxx en [es-humana.com/sb](https://es-humana.com/sb). Cuando el afiliado se comunica con el consultorio dental para una cita, debe decir: “Tengo beneficios dentales con mi plan Medicare Advantage de Humana. Los beneficios dentales son proporcionados por dentistas de la red (HumanaDental Medicare para todos los estados excepto FL o Florida GoldPlus para afiliados de FL)”. TENGA EN CUENTA: Los folletos para afiliados están disponibles en el Centro de Recursos de Mercadeo (MRC, por sus siglas en inglés) para que los agentes les proporcionen instrucciones a los afiliados (GHHKBVR y FLHKBZB).

### 1.1.B. Información detallada sobre los beneficios dentales DENxxx de MA de Humana

**P:** ¿Dónde puede encontrar un agente información sobre los beneficios dentales DENxxx?

**R:** Los DENxxx, que representan los beneficios dentales de un plan Medicare Advantage, se enumeran en varios lugares: biblioteca de documentos de productos de Medicare Advantage, tarjeta de identificación de Medicare Advantage, Resumen de beneficios de Medicare Advantage, Evidencia de cobertura de Medicare Advantage.

Es importante saber que no todos los códigos de la American Dental Association están cubiertos en los planes DENxxx. Por lo tanto, los agentes deben visitar [es-humana.com/SB](https://es-humana.com/SB) para encontrar las descripciones específicas de los beneficios DENxxx.

Si los afiliados llaman a Servicio al cliente, se les envían las hojas DENxxx. Si un dentista llama a Servicio al cliente para proveedores para verificar el beneficio, se le envían las hojas DENxxx. Los agentes deben hacer referencia a esas hojas y dárselas a sus afiliados para que todos puedan ver los detalles de lo que está cubierto. Si un código no aparece en esos DENxxx, ese servicio no está cubierto. Asegúrese de tener en cuenta que las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura. Pueden aplicarse las limitaciones y exclusiones descritas en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).

### 1.1.C. Subsidio Flex Allowance para servicios dentales/para la vista/para la audición (D/V/H)

**P:** ¿Cómo pueden los afiliados usar los beneficios dentales incorporados (DENxxx) de su plan MA además del subsidio Flex Allowance D/V/H de su tarjeta Humana Spending Account Card? (Cuando corresponda; no todos los planes MA tienen el subsidio Flex Allowance D/V/H).

**R:** La manera más fácil de saber si un plan Medicare Advantage incluye un subsidio Flex Allowance es consultar la sección “Más beneficios” de su plan en el Resumen de beneficios. No todos los planes Medicare Advantage ofrecen un subsidio Flex Allowance de D/V/H. Para los planes que sí tienen el subsidio Flex, al afiliado se le enviará por correo una tarjeta Humana Spending Account Card. Los afiliados que tuvieron un subsidio Flex Allowance en su plan de Humana del año anterior usarán la misma tarjeta Humana Spending Account Card y solo se les enviará una nueva si lo solicitan. Las cantidades del subsidio varían en función del plan. Tenga en cuenta: A los afiliados con una tarjeta USA Health Flex de su plan de Humana 2023 se les enviará una tarjeta Humana Spending Account Card para acceder al subsidio Flex Allowance de 2024 y a cualquier otro subsidio que pueda haber en la tarjeta.

El subsidio Flex Allowance se puede utilizar para servicios dentales, para la vista y para la audición que están cubiertos por el plan Medicare Advantage. Por ejemplo, el subsidio se puede utilizar para gastos de desembolso personal para los servicios enumerados en la descripción de DENxxx.

La tarjeta Humana Spending Account Card indicará los subsidios Flex Allowance D/V/H como se muestra a continuación.



**Flex allowance:** Use your allowance toward any out-of-pocket costs related to your plan’s covered dental, vision or hearing services, such as dental care, hearing aids and glasses, if covered by your plan.

- You get a \$<<Flex amount>> yearly allowance.
- Your allowance expires at the end of the plan year.

Humana.



La tarjeta se envía por correo al afiliado. Contiene la tarjeta Spending Account Card e información importante sobre el subsidio Flex Allowance (y cualquier otro subsidio que pueda haber en la tarjeta).

Primero se aplica el beneficio de seguro dental (DENxxx) y luego se puede usar el subsidio Flex Allowance para gastos de desembolso personal por servicios cubiertos recibidos en el año actual del plan. El consultorio dental primero aplicará los beneficios de Medicare Advantage DENxxx de Humana y le enviará una reclamación a Humana. Después de eso, los gastos de desembolso personal restantes para esos servicios se pueden pagar con el subsidio Flex Allowance. El subsidio Flex Allowance del año actual no debe utilizarse para pagar saldos de servicios del año anterior. El subsidio Flex Allowance no se puede utilizar para Lasik y no se puede transferir a otro miembro de la familia.

Estos son dos ejemplos:

Ejemplo n.º 1: el afiliado tiene empastes cubiertos y utiliza el MSB DENxxx para esos empastes, pero luego alcanza su máximo anual de \$1,000. El afiliado puede usar el subsidio Flex Allowance para pagar el saldo restante de desembolso personal por los servicios cubiertos.

Ejemplo n.º 2: el afiliado tiene un subsidio para la vista de \$300, pero elige anteojos que cuestan \$500. El proveedor aplica el subsidio de \$300 de VISxxx y luego el afiliado utiliza el subsidio Flex Allowance para el saldo restante de \$200 de los anteojos.

### 1.1.D Dentaduras postizas

**P: ¿Cómo funciona la cláusula de frecuencia de 5 años con respecto a las dentaduras postizas en los planes MA?**

**R:** Muchos planes tienen una frecuencia para dentaduras postizas, como un coseguro para una dentadura postiza superior e inferior cada 5 años, teniendo en cuenta los servicios proporcionados por Humana. Por ejemplo, si un afiliado recibió una nueva dentadura postiza superior hace 2 años (mientras estaba inscrito en un plan de Humana), Humana no cubriría una nueva dentadura postiza superior hasta que pasen 5 años (es decir, 3 años más). Sin embargo, si el afiliado de MA no estaba inscrito en un plan de Humana y recibió la nueva dentadura postiza superior con el plan de otra compañía de seguro médico, Humana no considerará ese servicio para el límite de frecuencia. Además, si el afiliado necesitara una nueva dentadura postiza (una que nunca ha tenido) no habría período de espera.

**P: ¿La cobertura de dentadura postiza de los planes MA de Humana se ve afectada por una cláusula de diente faltante?**

**R:** Los planes Medicare Advantage de Humana no están sujetos a una cláusula de diente faltante (aunque muchos de nuestros planes individuales independientes tienen este tipo de cláusula). Por lo tanto, en el caso del beneficio dental de Medicare Advantage, incluso si el diente del afiliado faltaba antes de comprar el plan Medicare Advantage de Humana, aún puede obtener dentaduras postizas para reemplazar el diente (si las dentaduras postizas son un beneficio cubierto en el plan, sujeto a limitaciones).

### 1.1.E. Beneficios dentales de OSB o MSB

**P: ¿Dónde se puede ver la información sobre beneficios dentales de MSB y OSB?**

**R:** Puede encontrar los detalles de los beneficios dentales de MSB y OSB (DENxxx) en [es-humana.com/sb](https://es-humana.com/sb).

**P: ¿El OSB es adicional al MSB? ¿O lo reemplaza?**

**R:** El OSB, si se adquiere, es un reemplazo del MSB. Esta es la descripción en el Resumen de beneficios de Medicare Advantage: “[...] es un paquete de beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) que se puede adquirir por una prima mensual adicional para reemplazar cualquier beneficio dental rutinario que se ofrezca dentro de su plan

Medicare Advantage. Si lo adquiere, el OSB reemplazará por completo la cobertura dental definida en su paquete de beneficios. Esto significa que debe ignorar cualquier texto de la sección Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales del Capítulo 4 de la EOC. Cuando se inscriba, recibirá una nueva tarjeta de identificación que indica su nuevo [DENXXX] en el reverso. Cualquier reclamación pagada conforme al Beneficio suplementario obligatorio del año actual se aplicará al beneficio máximo anual del plan de OSB”.

**P: ¿Cómo funcionan los beneficios máximos de MSB y OSB juntos?**

Ej.: Si el afiliado compra el OSB, ¿recibe los \$2,000 del OSB y los \$1,000 del MSB?

**R:** Todos los OSB tienen un máximo anual de \$2,000. Una vez que el afiliado compra un OSB, su nuevo máximo anual pasa a ser \$2,000.

**P: Si el beneficio máximo de MSB ya es de \$2,000, ¿cuál es el valor adicional para el afiliado tras comprar un OSB?**

**R:** El OSB siempre es una mejora del MSB. Consulte las hojas DENxxx en [es-humana.com/sb](https://es-humana.com/sb) para comparar los beneficios máximos, los servicios cubiertos y los costos compartidos entre el MSB y el OSB.

**P: Si un afiliado compra un OSB, ¿comienzan de cero las reclamaciones anteriores en el beneficio dental de MSB?**

**R:** No, las reclamaciones no comienzan de cero al comprar un OSB. Se trasladan hasta la finalización del año calendario actual.

**P: ¿Cómo pagan los afiliados sus OSB?**

**R:** Los afiliados deben utilizar el mismo método de pago que utilizan para los planes Medicare Advantage.

### 1.1.F. Añadiendo y dando de baja a los OSB

**P: ¿Cómo puede un afiliado agregar un OSB?**

**R:** Los afiliados pueden agregar OSB durante todo el año. Para agregar un OSB, el agente del afiliado puede utilizar una solicitud en papel o puede inscribirlo a través de herramientas de ventas electrónicas. Si un afiliado llama a Servicio al cliente (al número que está al reverso de la tarjeta de identificación), se lo redirige a un agente de ventas de Humana que puede completar la solicitud de OSB por teléfono. Entrará en vigencia el 1<sup>er</sup> día del mes siguiente, por lo general.

Tenga en cuenta que la garantía de protección del Agente de inscripción (AOR, por sus siglas en inglés) de Humana protege el estatus del agente cuando un agente de televentas de Humana facilita un cambio de plan a un plan similar.



**P: ¿Cómo puede un afiliado darse de baja de su cobertura de OSB?**

**R:** Para darse de baja de un OSB, el afiliado debe llamar a Servicio al cliente al **888-413-7026** y será redirigido al agente que corresponda. Puede terminar al final del mes actual en que se recibe la solicitud de terminación. Para evitar una llamada telefónica, las solicitudes de terminación pueden enviarse por fax o por correo indicando el nombre del afiliado, la dirección, la identificación de Humana y la solicitud de cancelación.

**Fax:**  
**800-633-8188**

**Correo postal:**  
Humana  
P.O. Box 14168  
Lexington, KY 40512-4168

**P: Me dijeron que el OSB DENxxx de mi plan MA del año anterior ya no va a estar disponible y que hay un OSB DENxxx diferente disponible para el año próximo. ¿Qué significa eso?**

**R:** Puede haber cambios en las ofertas de OSB cada año del plan. En algunos casos, ya no se ofrece un OSB porque el beneficio integrado (el MSB) para el nuevo año tiene una amplia cobertura. En otros casos, se sigue ofreciendo un OSB, pero con un DENXXX diferente que el del año anterior. En cualquiera de los casos, el OSB del año anterior finalizará el 31 de diciembre de XXXX y se notificará al afiliado mediante una carta de Notificación anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés). Si se sigue ofreciendo un OSB en el nuevo año del plan, el afiliado debe inscribirse en la oferta de OSB de ese nuevo año, si lo desea. Como se indica en la ANOC:

“Si desea explorar las opciones de OSB para [el nuevo año del plan], comuníquese con su agente en este momento o llame a ventas de OSB a partir del 8 de diciembre de 2024 al **888-413-7026**”.

## **1.1.G. Máximos anuales dentales de los planes MA**

**P: ¿Cómo debe entenderse un máximo anual de los MSB y OSB?**

**R:** Un afiliado recibirá beneficios hasta que alcance el máximo anual del plan. Después de eso, será responsable de cualquier servicio recibido. Cómo se aplican los servicios al máximo anual: por ejemplo, si un afiliado tiene una extracción cubierta al 100% por Humana, Humana aplicará el valor de esos servicios al máximo anual.

**P: Si un afiliado cambia de plan MA a mediados de año, ¿vuelve a empezar el máximo anual dental?**

**R:** Todas las reclamaciones dentales que un afiliado haya tenido durante el año calendario permanecen en sus registros y se trasladan al nuevo plan. El máximo anual solo comienza de cero al principio de cada año calendario.

## 1.1.H. Cómo encontrar proveedores dentales de la red para MSB y OSB

**P: ¿Cómo encuentro un proveedor dental de la red para MSB y OSB?**

**R:** La red nacional de MSB y OSB SIEMPRE será la red de Humana Dental Medicare (la única excepción es que los planes MA vendidos en Florida utilizan la red dental nacional Florida GoldPlus). El beneficio dental puede ser únicamente dentro de la red o puede tener beneficios dentro y fuera de la red, pero todos los beneficios dentales de MSB y OSB utilizarán las redes mencionadas anteriormente. El mejor lugar para encontrar proveedores de la red es el directorio en [es-humana.com](https://es-humana.com). En esta página, usted seleccionará “Find care” (Buscar cuidado). Consejo de experto: el filtro Affiliations (Afiliaciones) en los resultados de la búsqueda le permitirá ver todos los proveedores y ubicaciones afiliados a un consultorio o grupo en particular. También puede seleccionar “Refine your location” (Buscar por ubicación) si no conoce el nombre del proveedor, pero conoce la dirección del consultorio.

The image shows two filter panels from a search interface. The left panel, titled 'Affiliations', contains a dropdown menu for 'Practice Group' with the text 'Select Practice Group' and a downward arrow. The right panel, titled 'Refine your location', has a green header with an upward arrow and a list of required fields: 'Address \*', 'City \*', and 'State \*'. Each field has a corresponding input box or dropdown menu with the text 'Select a State' and a downward arrow.

## 1.1.I. Reclamaciones dentales y reclamaciones dentales fuera de la red

**P: ¿Cuánto tiempo tarda Humana en procesar las reclamaciones dentales de MA?**

**R:** Las reclamaciones que se presentan con un proceso de documentación completo se procesan en un plazo de 30 días. Las que requieren documentación adicional pueden demorar hasta 60 días.

**P: ¿Cómo presentamos una reclamación dental de MA fuera de la red?**

**R:** Es posible que los afiliados deban pagarle al dentista por adelantado los servicios y luego enviar la reclamación a Humana si aprovechan el beneficio fuera de la red. Para presentar una reclamación por un servicio fuera de la red, no se requiere ningún formulario específico. El afiliado simplemente enviará la declaración detallada del dentista con la información detallada a continuación a la dirección que figura al reverso de la tarjeta de identificación de Medicare Advantage. Consulte

más detalles en el folleto sobre reclamaciones por servicios fuera de la red (OON, por sus siglas en inglés) que se encuentra en la pestaña para afiliados en [es-humana.com/sb](https://es-humana.com/sb).

- El nombre del paciente y el número de identificación de afiliado de Humana de la declaración detallada.
- Debe incluir la información del dentista (nombre completo y dirección) que prestó los servicios, e idealmente su identificación fiscal, que puede obtenerse en el consultorio dental.
- El dentista debe proporcionar documentación adicional que puede estar disponible si se presenta para los siguientes servicios: evaluaciones orales, alisado periodontal, empastes, coronas, implantes, conducto radicular y cirugía oral.
- La documentación debe ser clara y legible, y el afiliado debe conservar una copia para sus registros.

**P: Cobertura fuera de la red (OON, por sus siglas en inglés): Muchos planes MSB o OSB cubren servicios 100% dentro de la red y 100% fuera de la red. ¿Cómo podemos asegurarnos de que el afiliado entienda que el dentista fuera de la red podría facturar el saldo, por lo que es probable que haya algunos cargos?**

**R:** Siempre es mejor utilizar proveedores de la red. Si los afiliados utilizan proveedores fuera de la red, es posible que se les facture la diferencia en sus cargos y la cantidad que Humana pagó por ese servicio. Esta cláusula de exención de responsabilidad aparece en el Resumen de beneficios, la Evidencia de cobertura y las hojas DENxxx para los planes con beneficios fuera de la red. Estos documentos indican que podría haber una facturación del saldo:

*“Los proveedores dentales fuera de la red no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones del beneficio dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturar a los afiliados cualquier cantidad superior al pago que haya realizado Humana al proveedor”.*

Consulte más detalles en el folleto sobre reclamaciones por servicios fuera de la red (OON, por sus siglas en inglés) que se encuentra en la pestaña “Members and Agents” (Afiliados y agentes) en [es-humana.com/sb](https://es-humana.com/sb).

### 1.1.J. Limpiezas rutinarias

**P: ¿Existe alguna restricción sobre cuánto tiempo debe transcurrir entre las limpiezas rutinarias?**

**R:** No hay restricciones en cuanto al tiempo transcurrido entre las limpiezas rutinarias del afiliado

(D1110). **P: ¿Cuál es la diferencia entre una limpieza rutinaria y una “limpieza profunda”?**

**R:** La limpieza rutinaria es un servicio preventivo (D1110). El alisado periodontal a veces es llamado “limpieza profunda”. El alisado periodontal (D4341 o D4342) es necesario cuando un paciente tiene inflamación o enfermedad de las encías o placa

en gran cantidad y es un servicio importante. Una vez que el paciente se ha realizado un alisado periodontal, su siguiente limpieza consistirá en un mantenimiento periodontal (D4910).

### 1.1.K. Beneficio alterno

**P: ¿Qué es un “beneficio alterno”?**

**R:** Por afecciones dentales que tengan dos o más tratamientos posibles, Humana cubrirá el tratamiento de menor costo, siempre y cuando tenga resultados satisfactorios comprobados. Si el afiliado decide recibir un tratamiento de costo superior, será responsable de la diferencia.

### 1.1.L. Plan de pretratamiento

**P: ¿Cómo puede un afiliado determinar cuánto le costará un tratamiento dental antes del procedimiento?**

**R:** Si se estima que el cuidado dental que necesita excederá los \$300, le sugerimos que usted o su dentista nos envíen un plan de tratamiento dental para que lo consideremos con anticipación y podamos ofrecerle un cálculo estimado de los servicios. Los planes de pretratamiento son opcionales y nunca son requeridos por el plan.

El plan de pretratamiento debe incluir los siguientes aspectos:

1. Una lista de los servicios que recibirá, utilizando la nomenclatura y los códigos de la American Dental Association.
2. La descripción por escrito de su dentista del tratamiento propuesto.
3. Radiografías que muestren sus necesidades dentales.
4. El costo detallado del tratamiento propuesto.
5. Cualquier otro material de diagnóstico que solicitemos.

### 1.2.A. Directorio de proveedores de servicios para la vista

**P: Para los planes de Medicare que dicen EyeMed en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado: ¿Cómo encontrar proveedores de la red para este beneficio para la vista de EyeMed?**

**R:** Es extremadamente importante buscar en el directorio correcto. El mejor método para buscar proveedores de servicios rutinarios para la vista para estos planes es utilizar el directorio de proveedores en [es-humana.com](https://es-humana.com) e ingresar a la sección de servicios para la vista, según se indica en la Evidencia de cobertura. Folletos educativos disponibles (consulte la sección 1.2.B).

**P: Directorio de proveedores para planes MA que no dicen EyeMed en el reverso de la tarjeta de identificación**

**R:** La mejor manera de encontrar proveedores de servicios rutinarios para la vista dentro de la red para estos planes es buscar en el directorio médico del plan Medicare Advantage. Folletos educativos disponibles. Consulte la sección 1.2.B.

## 1.2.B. Beneficios para la vista

**P: ¿Cuál es la diferencia entre el beneficio médico para la vista y el beneficio rutinario para la vista?**

**R:** Tenemos folletos en el Centro de Recursos de Mercadeo (MRC, por sus siglas en inglés) en los que se resume la diferencia.

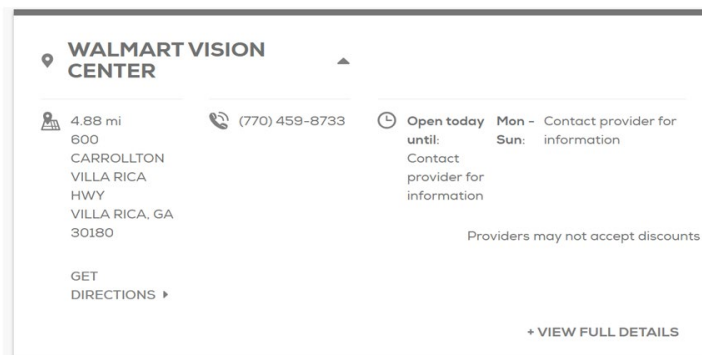
- 2024 Medicare Advantage - Cómo usar el beneficio de servicios para la vista - Todos los estados excepto FL TX LA (documento n.º GHM3X3SP en MRC)
- 2024 Medicare Advantage - Cómo usar el beneficio de servicios para la vista - Florida únicamente (documento n.º FLHM3X6SP en MRC)
- 2024 Medicare Advantage - Cómo usar el beneficio de servicios para la vista - Luisiana y Texas únicamente (documento n.º GHHLGEHSP en MRC)

**P: ¿Cuáles son los beneficios para la vista de PLUS en algunos planes Medicare Advantage?**

**R:** Algunos planes Medicare Advantage ofrecen \$50 adicionales para la compra de monturas, lentes o lentes de contacto cuando visita a un proveedor de PLUS. El Resumen de beneficios indicará si este beneficio está disponible en un plan MA específico.

**P: ¿Los proveedores de servicios para la vista de las tiendas Walmart pertenecen a la red? (Esto corresponde únicamente a los planes de EyeMed)**

**R:** Los médicos en las tiendas Walmart son independientes. Calculamos que aproximadamente el 60% de los médicos de esas tiendas están contratados para la red de servicios para la vista. Las tiendas en las que el médico no pertenezca a la red aparecerán en gris en el directorio de servicios para la vista (captura de pantalla a continuación). La ubicación de la tienda sigue perteneciendo a la red en cuanto a anteojos y lentes de contacto.



## 1.2.C. Reclamaciones de servicios para la vista fuera de la red

**P: ¿Cómo presentamos una reclamación fuera de la red para los planes para la vista de EyeMed?**

**R:** Para recibir beneficios de servicios para la vista fuera de la red (si el plan del afiliado los incluye), el afiliado deberá pagarle al proveedor de servicios para la vista fuera de la red y luego enviar un recibo junto con el [formulario de reclamación de servicios para la vista fuera de la red de Humana EyeMed](#). En ese formulario se indica la dirección a la que debe enviarse la reclamación por correo. El afiliado puede encontrar el formulario de reclamación publicado en el sitio seguro [MyHumana.com](#).

## Sección 2: Beneficios individuales dentales y para la vista (IDV) independientes

### 2.1. Planes individuales dentales

#### 2.1.A. Tarjeta de identificación del afiliado para servicios dentales

**P: ¿Qué reciben los afiliados al inscribirse en el plan?**

**R:** Solicitamos que los agentes capturen el correo electrónico del solicitante en la solicitud. En el transcurso de 3 días después de procesar la solicitud, les enviamos a los nuevos afiliados un correo electrónico que incluye su identificación de afiliado y un enlace a su Resumen de beneficios, lo que les permitirá iniciar sesión en [HumanaOneMembers.com](https://www.humanaonemembers.com) para encontrar sus documentos del plan (póliza, tarjeta de identificación). También les enviamos una tarjeta de identificación por correo aproximadamente 7 días después de la inscripción.

Este es un ejemplo de una tarjeta de identificación para un plan individual dental. Tenga en cuenta: Los detalles de la tarjeta de identificación pueden variar según el plan y el estado.



**P: ¿Quién aparece en la tarjeta de identificación?**

**R:** En la tarjeta de identificación solo aparece el suscriptor principal. Los nombres de los dependientes no están en la tarjeta de identificación, pero sí en la Póliza, que se encuentra en el portal seguro para afiliados [HumanaOneMembers.com](https://www.humanaonemembers.com).

#### 2.1.B. Información detallada sobre los beneficios de planes individuales dentales

**P: ¿Dónde pueden encontrar los agentes información sobre el plan?**

**R:** Infórmese qué Planes de especialidad individuales están en su área con la [Tabla de planes de especialidad individuales para agentes](#), disponible en [IgniteWithHumana.com](https://www.ignitewithhumana.com), que incluye Resúmenes de beneficios específicos para cada estado, así como hojas de tarifas. La tabla de planes también está en Vantage.

**P: Algunas de las hojas de tarifas indican que hay una tarifa de asociación de \$1.00 por mes. ¿Para qué sirve eso?**

**R:** Algunos de los planes dentales y para la vista de Humana se presentan a través de People’s Benefit Alliance (PBA) y, por lo tanto, se requiere la afiliación a una asociación para inscribirse en esos planes. La PBA es una organización sin fines de lucro que le permite a Humana brindar opciones de seguro más eficazmente a los consumidores. Otros beneficios de la afiliación a PBA incluyen información educativa y descuentos en salud, viajes, bienes y servicios relacionados con el consumidor y los negocios. Hay más información disponible en [peoplesbenefitalliance.com](http://peoplesbenefitalliance.com).

## 2.1.C. Limitaciones como la cláusula de diente faltante y limitaciones de frecuencia

### P: ¿Cómo funciona la cláusula de diente faltante para los planes individuales dentales?

**R:** Los planes individuales dentales de Humana tienen una cláusula de diente faltante, como se indica en el Resumen de beneficios.

*“No se cubre el reemplazo de dientes faltantes por causas congénitas ni dientes extraídos con anterioridad a la cobertura de la póliza”.*

Significa que una nueva prótesis que reemplaza a un diente (como una dentadura postiza o un implante) solo puede cubrirse si el diente se perdió mientras ya era parte del plan individual dental específico.

Este es un ejemplo de lo que dice nuestro certificado de afiliado de Complete Dental sobre los dientes faltantes:

*“Colocación inicial de dentaduras postizas completas y parciales **solo si se extrajo el diente funcional** (sin incluir terceros molares o dientes que no están completamente ocluidos con un diente o prótesis opuestos) **mientras usted está cubierto por esta póliza**. Los servicios cubiertos incluyen tanto incrustaciones inlay como onlay de anclaje y coronas de anclaje. Los gastos cubiertos incluyen dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas removibles. La colocación inicial incluye todos los ajustes y revestimientos dentro de los seis meses posteriores a la instalación y son pagaderos solamente para el tratamiento de dientes permanentes. **No cubriremos el reemplazo de dientes faltantes por causas congénitas”.***

### P: ¿Qué sucede cuando una persona ya tiene una dentadura postiza o un implante? ¿Se sigue aplicando la cláusula de diente faltante?

**R:** Cuando una persona ya tiene una prótesis, como una dentadura postiza o un implante, una dentadura postiza o un implante nuevos se consideraría un reemplazo y se aplicarían limitaciones de frecuencia. Así se establece en la póliza de Humana Extend 5000.

*“Los implantes y las prótesis sostenidas por implantes cubiertos conforme a este plan se limitan al reemplazo de dientes permanentes extraídos mientras tiene cobertura conforme a este plan o para el reemplazo de una prótesis anterior si han transcurrido al menos cinco años desde la inserción anterior y no son reparables ni se pueden reparar”.*

### P: ¿Cómo funciona la cláusula de frecuencia de 5 años en los planes individuales dentales?



**R:** Muchos planes tienen una limitación de frecuencia para dentaduras postizas, como un coseguro para una dentadura postiza superior e inferior cada 5 años, teniendo en cuenta los servicios proporcionados por Humana. Por ejemplo, si un afiliado recibió una nueva dentadura postiza superior hace 2 años, Humana no cubriría una nueva dentadura de este tipo hasta que pasen 5 años (es decir, 3 años más). Humana actualizará el historial individual dental del afiliado, independientemente de que la dentadura postiza actual haya sido pagada por Humana, por otra aseguradora o por el propio afiliado.

### 2.1.D. Limpiezas rutinarias

**P: ¿Existe alguna restricción sobre cuánto tiempo debe transcurrir entre las limpiezas**

**rutinarias?**

**R:** No hay restricciones en cuanto al tiempo transcurrido entre las limpiezas rutinarias del afiliado

(D1110).

**P: ¿Cuál es la diferencia entre una limpieza rutinaria y una “limpieza profunda”?**

**R:** La limpieza rutinaria es un servicio preventivo. El alisado periodontal a veces es llamado “limpieza profunda”. El alisado periodontal es necesario cuando un paciente tiene inflamación o enfermedad de las encías o placa en gran cantidad y es un servicio importante. Una vez que el paciente se ha realizado un alisado periodontal, su siguiente limpieza consistirá en un mantenimiento periodontal.

### 2.1.E. Beneficios alternos

**P: Explique los beneficios alternos.**

**R:** Hay una nota en el Resumen de beneficios sobre el momento en el que se aplica un beneficio alternativo. Este es un ejemplo de Loyalty Plus:

*“Los empastes de composite (blancos) se cubren solamente para los dientes anteriores (frontales). Se permite un beneficio alternativo 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”.*

### 2.1.F. Exención a los períodos de espera

**P: ¿Qué planes permiten la exención a los períodos de espera?**

**R:** Las solicitudes de Complete Dental y Humana Extend 5000 incluyen 5 preguntas para recopilar información sobre la cobertura anterior de un afiliado, es decir, la información que se utiliza para determinar si puede estar exento de los períodos de espera (servicios básicos e importantes). La cobertura acreditable sería un seguro dental durante los últimos 12 meses, con un lapso no superior a 63 días (entre el momento en que la cobertura anterior se dio de baja hasta la fecha de entrada en vigencia del nuevo plan). Tenga en cuenta: En el caso de Humana Extend, no se puede proporcionar una exención a los períodos de espera para implantes.

El seguro dental anterior puede haber proporcionado beneficios para servicios preventivos + servicios básicos (como nuestro plan Preventive Plus) O cobertura para servicios preventivos + básicos + importantes (como los planes dentales grupales). Los siguientes tipos de planes no son considerados cobertura previa acreditable: cobertura de servicios preventivos únicamente, planes de descuento, planes MSB (beneficios dentales incorporados en un plan Medicare Advantage, ya que no hay una prima dental por separado).

## 2.1.G. Directorio de proveedores de servicios dentales

### P: ¿Qué directorio de proveedores debo usar?

R: El mejor lugar para buscar proveedores de la red es el [es-humana.com/Find-Care](https://es-humana.com/Find-Care) directorio. También puede encontrar un enlace al directorio de proveedores de servicios dentales en Vantage. Consejo de experto: el filtro Affiliations (Afilaciones) en los resultados de la búsqueda le permitirá ver todos los proveedores y ubicaciones afiliados a un consultorio o grupo en particular. También puede seleccionar “Refine your location” (Buscar por ubicación) si no conoce el nombre del proveedor, pero conoce la dirección del consultorio.

## 2.1.H. Inscripción en el plan dental

### P: ¿Dónde pueden los agentes completar las inscripciones para los planes dentales Smart Choice de Humana del mercado?

R: La inscripción se hace a través de Healthcare.gov. Una vez que el agente o solicitante llegue al método de pago que figura en la solicitud, se conectará con el Portal de facturación en línea (OHBP, por sus siglas en inglés) de Humana y así podrá pagar electrónicamente. Los afiliados pueden actualizar la información de facturación desde el portal seguro para afiliados [MyHumana.com](https://MyHumana.com).

### P: ¿Dónde pueden los agentes completar las inscripciones para el resto de nuestros planes individuales dentales?

R: Los agentes pueden completar solicitudes electrónicas en el Centro de inscripción (Ehub) en Vantage:

- Cuando abra Ehub, se le solicitará el Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés). No es necesario para los planes individuales dentales y de cuidado de la vista, por lo que puede omitirlo.
- Genere una cotización, ingrese los datos demográficos de los clientes potenciales y luego seleccione un plan (dental, dental/para la vista/de la audición o para la vista).
- Continúe dentro de Ehub para completar la solicitud. Las alternativas para la firma son la firma telefónica o la firma por mensaje de texto.

Además, animamos a los agentes a configurar su página web a través del enlace a la Solicitud en línea del agente (AOA, por sus siglas en inglés). Envíe este enlace a los clientes o clientes potenciales. Así, la persona podrá inscribirse por cuenta propia en línea e incluir a ese agente como Agente de inscripción. Cree el enlace AOA e incluya el número de identificación del agente (también conocido como SAN): [Humana.com/aoadv/7-digit-SAN](https://Humana.com/aoadv/7-digit-SAN)

Los cambios en los planes requieren el uso de solicitudes en papel, que se pueden encontrar en el Centro de Recursos de Mercadeo (MRC, por sus siglas en inglés).

**P: ¿Las parejas con uniones de hecho y matrimonios del mismo sexo son elegibles para inscribirse juntos en un plan IDV?**

R: Humana permite que las parejas de hecho (por ejemplo, parejas del mismo sexo) se inscriban en un plan IDV. Esto aplica para todos los estados, independientemente de si reconocen a las parejas de hecho. En junio de 2015, la Corte Suprema determinó que las parejas del mismo sexo tendrían los mismos derechos que cualquier matrimonio. Esta es una norma federal que prevalece sobre cualquier ley estatal específica.

**P: ¿Puede un ciudadano no estadounidense o una persona sin Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) inscribirse en nuestros planes IDV?**

R: Sí. Sin embargo, algunos de nuestros sistemas de inscripción aún requieren el SSN. Para no necesitar los campos del SSN requeridos en la solicitud electrónica o en papel, se pueden utilizar las siguientes entradas para el solicitante principal y cualquier dependiente. Debe usar una anotación diferente para cada persona incluida en la solicitud.

**SSN del titular de la póliza:** 111-11-1111

**SSN del cónyuge:** 222-22-2222

**SSN del dependiente 1:** 333-33-3333

**SSN del dependiente 2:** 444-44-4444

Continúe con la lógica numérica para dependientes adicionales, según sea necesario.

**P: ¿Cómo elegir un dentista de cuidado primario para el plan Dental Value HI215 o Dental Value C550 DHMO?**

R: El dentista de cuidado primario debe ser un dentista general y estar en el mismo estado en el que se adquiere el plan del afiliado. Para usar el plan Dental Value, el afiliado debe ser agregado a la lista del dentista de cuidado primario (lo que se consigue al incluir esa información en la solicitud del plan).

**Pasos clave para buscar un dentista de cuidado primario.**

- Comience por acceder al directorio en [Humana.com/Find-Care](https://www.humana.com/Find-Care).
- Indique el tipo de cobertura DHMO y elija las redes Dental Value C550 o Dental Value HI215 (el nombre del plan varía según el estado).

### Select a lookup method

Enter your member ID or [sign in](#) for more accurate results.

<b>Coverage Type</b>	Member ID
----------------------	-----------

\* Required

Coverage type\*

All Dental Networks

DHMO

PPO

Network

Dental Value C550

- Ahora aparecerá en una nueva pantalla del directorio de proveedores. Deberá ingresar nuevamente el código postal y elegir la red C550 o HI215.

\* required field

\*Your Zip Code  
60601

Radius  
5 miles

\*Plan  
C550

Provider's  
Last Name

Accepting New Patients

Facility #

Facility Name

Specialist  
General Denti

**Find Providers**



Si desea cambiar de dentista de cuidado primario, el afiliado puede solicitar ese cambio en [HumanaOneMembers.com](https://www.humanaone.com) o puede llamar a Servicio al cliente.

### **P: ¿Puede un padre/madre comprar un plan para un hijo?**

R: Sí, un padre/madre o tutor puede comprar un plan para un hijo. El plan debe reflejar la dirección de la residencia principal del niño. Si hay dos o más hijos en un plan, el menor es el principal y el resto son dependientes.

### **P: ¿Cuál es la edad máxima de los dependientes?**

R: En la mayoría de los estados, la edad máxima para un dependiente es hasta 26 años. Sin embargo, algunos estados permiten que los dependientes sean mayores.

### **P: Estoy en un plan individual dental, pero me mudaré a otro estado. ¿Qué debo hacer?**

**R:** Debe llamar a Servicio al cliente (el teléfono está en el reverso de la tarjeta de identificación) y solicitar asistencia para cambiarse a un plan en su nuevo estado. Los planes y las tarifas son específicos de cada estado. Tiene 30 días desde el momento en que se muda para completar este cambio de plan.

## 2.1.I. Fechas de entrada en vigencia y de pago de servicios dentales

### **P: ¿Cómo se calculan las fechas de entrada en vigencia?**

**R:** Los planes individuales independientes pueden cotizarse hasta 90 días calendario antes de una fecha de entrada en vigencia futura. Los planes PPO pueden tener una fecha de entrada en vigencia 5 días después de que reciba la inscripción y se procese el pago inicial. Sin embargo, la fecha de entrada en vigencia de los planes DHMO (Dental Value - H1215 o C550) solo puede ser el primer día del mes y el pago inicial debe recibirse a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia solicitada. Las solicitudes de planes DHMO recibidas desde el día 16 hasta el final del mes entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente. (Por ejemplo: la solicitud recibida el 16 de julio puede entrar en vigencia el 1 de septiembre).

### **P: ¿Cuáles son las opciones para la fecha de entrada en vigencia y de pago de los planes individuales dentales PPO?**

**R:** La fecha de entrada en vigencia puede ser desde 5 días hasta 90 días a partir de la fecha en que se procesa la solicitud. El primer pago que se hace es por un mes de cobertura (o 1 año, si se trata de una facturación anual) e incluye la tarifa de inscripción (si corresponde). La fecha de pago inicial seleccionada debe ser al menos 5 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia del plan.

- **Métodos de pago recurrente:** el afiliado puede elegir una de estas fechas para el pago recurrente: el 5, el 15 o el 25. Los afiliados pagan un mes por adelantado.

**Nota 1:** El solicitante puede hacer que el pago inicial y el segundo pago sean en el mismo mes, según la fecha del pago inicial y la elegida para el pago recurrente.

Este es un ejemplo:

*Si una solicitud de plan se procesa el 1 de septiembre y el afiliado elige la facturación el día 15 del mes, se le facturará el segundo mes de la prima (menos cualquier excedente prorrateado del mes 1) el 15 de septiembre.*

**Nota 2:** El valor del segundo pago puede ser distinto al del inicial y los subsiguientes. Puede ser el equivalente a 1 mes menos el exceso prorrateado, como se muestra arriba. O bien, puede ser el equivalente a 2 meses, menos el exceso prorrateado, como se muestra a continuación:

*La fecha de entrada en vigencia del cliente es el 10 de octubre y había completado la solicitud el 5 de octubre. Seleccionó el quinto día del mes para sus pagos recurrentes. El pago inicial se aplicaría al mes de octubre. Dado que todas las primas se pagan por adelantado, el 5 de noviembre se le cobraría al cliente el mes de diciembre, así como también el mes de noviembre que falta, menos el crédito transferible de octubre.*

## 2.1.J. Plan de pretratamiento

**P: ¿Cómo puede un afiliado determinar cuánto le costará un tratamiento dental antes del procedimiento?**

**R:** Si se estima que el cuidado dental que necesita excederá los \$300, le sugerimos que el afiliado o el dentista nos envíen un plan de tratamiento dental para que lo consideremos con anticipación y podamos ofrecerle un cálculo estimado de los servicios. Los planes de pretratamiento son opcionales y nunca son requeridos por el plan.

El plan de pretratamiento debe incluir los siguientes aspectos:

1. Una lista de los servicios que se prestarán, utilizando la nomenclatura y los códigos de la American Dental Association.
2. Una descripción por escrito del dentista del tratamiento propuesto.
3. Radiografías que muestren las necesidades dentales.
4. El costo detallado del tratamiento propuesto.
5. Cualquier otro material de diagnóstico que solicitemos.

## **2.1.K. Reclamaciones de servicios dentales**

**P: ¿Cuánto tiempo tarda Humana en procesar las reclamaciones individuales dentales?**

**R:** Las reclamaciones que se presentan con un proceso de documentación completo se procesan en un plazo de 30 días. Las que requieren documentación adicional pueden demorar hasta 60 días.

**P: ¿Cómo se presentan las reclamaciones de servicios dentales dentro de la red?**

**R:** El dentista dentro de la red presentará reclamaciones a Humana por servicios cubiertos y podrá facturarle al afiliado el saldo restante después de que se haya procesado la reclamación. Los dentistas pueden cobrar por adelantado por los servicios que no están cubiertos.

**P: ¿Cómo se presenta una reclamación individual de servicios dentales fuera de la red?**

**R: Es posible que los afiliados deban pagarle al dentista por adelantado los servicios y luego enviar la reclamación a Humana si aprovechan**

el beneficio fuera de la red. Para presentar una reclamación fuera de la red, no se requiere ningún formulario específico. El afiliado simplemente enviará la declaración detallada del dentista con la información detallada a continuación a la dirección que figura al reverso de su tarjeta de identificación.

- El nombre del paciente y el número de identificación de afiliado de Humana de la declaración detallada.

- Debe incluir la información del dentista (nombre completo y dirección) que prestó los servicios, e idealmente su identificación fiscal, que puede obtenerse en el consultorio dental.
- El dentista debe proporcionar documentación adicional que puede estar disponible si se presenta para los siguientes servicios: evaluaciones orales, alisado periodontal, empastes, coronas, implantes, conducto radicular y cirugía oral.
- La documentación debe ser clara y legible, y el afiliado debe conservar una copia para sus registros.

**P: Cobertura fuera de la red (OON, por sus siglas en inglés): Muchos planes cubren servicios 100% dentro de la red y 100% fuera de la red. ¿Cómo podemos asegurarnos de que el afiliado entienda que el dentista fuera de la red podría facturar el saldo, por lo que es probable que haya algunos cargos?**

**R:** Siempre es mejor utilizar proveedores de la red. Si los afiliados utilizan proveedores fuera de la red, es posible que se les facture la diferencia en sus cargos y la cantidad que Humana pagó por ese servicio. Esta cláusula de exención de responsabilidad aparece en el Resumen de beneficios e indica que podría haber una facturación del saldo:

*“Los dentistas fuera de la red pueden facturarle por cargos por encima de la cantidad cubierta por su plan Humana Dental. Para garantizar que usted no reciba cargos adicionales, visite un dentista de nuestra red nacional”.*

## 2.1.L. Cambiar o cancelar un plan dental

**P: ¿Cómo puede un afiliado modificar su plan individual dental?**

**R:** Para modificar un plan dental independiente (como pasar de Preventive Plus dental a Humana Extend), es necesario completar una solicitud en papel e indicar “modificación de cobertura” en la parte superior. De esta manera, no se requerirá un nuevo cargo de inscripción, si corresponde al nuevo plan seleccionado. Además, nuestro sistema de inscripción sabrá emitir el nuevo plan y detener el anterior. Puede acceder a las aplicaciones en papel a través del Centro de Recursos de Mercadeo (Materiales para agentes). Consulte el Apéndice dentro de la [Tabla de planes de especialidad individuales para agentes](#) para ver los números de formulario aplicables en papel, específicos del plan y del estado”.

**P: ¿Cómo puede un afiliado cancelar su plan individual dental?**

**R:** El afiliado debe llamar a Servicio al cliente del plan dental (número de teléfono al reverso de la tarjeta de identificación) para cancelar la póliza y explicar el motivo de la cancelación. El Servicio al cliente evaluará la solicitud de terminación. Tenga en cuenta: Puede que los afiliados tengan un contrato mínimo de 1 año en su plan. El agente de inscripción también puede presentar una solicitud de cancelación en nombre del afiliado a través de una consulta de servicio en Vantage.

Tenga en cuenta: En el caso de los planes dentales Smart Choice del mercado, tanto la afiliación como la desafiliación se hacen a través del mercado (como Healthcare.gov).

## 2.2 Planes individuales para la vista

### 2.2.A. Tarjeta de identificación del afiliado a servicios para la vista

**P: ¿Qué reciben los afiliados al inscribirse en el plan?**

**R:** Solicitamos que los agentes capturen el correo electrónico del solicitante en la solicitud. En el transcurso de 3 días después de procesar la solicitud, les enviamos a los nuevos afiliados un correo electrónico que incluye su identificación de afiliado y un enlace a su Resumen de beneficios, lo que les permitirá iniciar sesión en [HumanaOneMembers.com](https://HumanaOneMembers.com) para encontrar sus documentos del plan (póliza, tarjeta de identificación). También les enviamos una tarjeta de identificación por correo aproximadamente 7 días después de la inscripción.

Este es un ejemplo de una tarjeta de identificación para un plan individual para la vista. Tenga en cuenta: Los detalles de la tarjeta de identificación pueden variar según el plan y el estado.



**P: ¿Quién aparece en la tarjeta de identificación?**

**R:** En la tarjeta de identificación solo aparece el suscriptor principal. Los nombres de los dependientes no están en la tarjeta de identificación, pero sí en la Póliza, que se encuentra en el portal seguro para afiliados [HumanaOneMembers.com](https://HumanaOneMembers.com).

## 2.2.B. Información detallada sobre planes individuales para la vista

**P: ¿Dónde pueden encontrar los agentes información sobre el plan?**

**R:** Averigüe qué Planes de especialidad individuales están en su área con la [Tabla de planes de especialidad individuales para agentes, disponible en IgniteWithHumana.com](#), que incluye Resúmenes de beneficios específicos para cada estado, así como hojas de tarifas. La tabla de planes también está en Vantage.

## 2.2.C. Directorio de proveedores de servicios para la vista

**P: ¿Qué directorio de proveedores debo usar?**

**R:** El mejor lugar para buscar proveedores de la red es el directorio en [es-humana.com/Find-Care](https://es-humana.com/Find-Care). Luego, busque el directorio de proveedores de servicios para la vista del plan individual que le interesa (los planes varían según el estado).

What type of vision care coverage do you have?

<input checked="" type="radio"/> <a href="#">Purchased through my employer or on my own</a>	<input type="radio"/> Medicare	<input type="radio"/> Medicaid	<input type="radio"/> I'm just browsing
---	--------------------------------	--------------------------------	---



A continuación, elija el nombre del plan según los que estén disponibles (solo hay un plan individual para la vista por estado).

## 2.2.D. Inscripción en el plan para la vista

### **P: ¿Dónde pueden los agentes completar las inscripciones para el resto de nuestros planes individuales para la vista?**

R: Los agentes pueden completar solicitudes electrónicas en el Centro de inscripción (Ehub) en Vantage:

- Cuando abra Ehub, se le solicitará el Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés). No es necesario para los planes individuales dentales y de cuidado de la vista, por lo que puede omitirlo.
- Genere una cotización, ingrese los datos demográficos de los clientes potenciales y luego seleccione un plan (dental, dental/para la vista/de la audición o para la vista).
- Continúe dentro de Ehub para completar la solicitud. Las alternativas para la firma son la firma telefónica o la firma por mensaje de texto.

Además, animamos a los agentes a configurar su página web a través del enlace a la Solicitud en línea del agente (AOA, por sus siglas en inglés). Envíe este enlace a los clientes o clientes potenciales. Así, la persona podrá inscribirse por cuenta propia en línea e incluir a ese agente como Agente de inscripción. Cree el enlace AOA e incluya el número de identificación del agente (también conocido como SAN): [Humana.com/aoadv/7-digit-SAN](http://Humana.com/aoadv/7-digit-SAN)

Los cambios en los planes requieren el uso de solicitudes en papel, que se pueden encontrar en el Centro de Recursos de Mercadeo (MRC, por sus siglas en inglés).

### **P: ¿Las parejas con uniones de hecho y matrimonios del mismo sexo son elegibles para inscribirse juntos en un plan IDV?**

R: Humana permite que las parejas de hecho (por ejemplo, parejas del mismo sexo) se inscriban en un plan IDV. Esto aplica para todos los estados, independientemente de si reconocen a las parejas de hecho. En junio de 2015, la Corte Suprema determinó que las parejas del mismo sexo tendrían los mismos derechos que cualquier matrimonio. Esta es una norma federal que prevalece sobre cualquier ley estatal específica.

### **P: ¿Puede un ciudadano no estadounidense o una persona sin Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) inscribirse en nuestros planes IDV?**

R: Sí. Sin embargo, algunos de nuestros sistemas de inscripción aún requieren el SSN. Para no necesitar los campos del SSN requeridos en la solicitud electrónica o en papel, se pueden utilizar las siguientes entradas para el solicitante principal y cualquier dependiente. Debe usar una anotación diferente para cada persona incluida en la solicitud.

**SSN del titular de la póliza:** 111-11-1111

**SSN del cónyuge:** 222-22-2222

**SSN del dependiente 1:** 333-33-3333

**SSN del dependiente 2:** 444-44-4444

Continúe con la lógica numérica para dependientes adicionales, según sea necesario.

**P: ¿Puede un padre/madre comprar un plan para un hijo?**

**R:** Sí, un padre/madre o tutor puede comprar un plan para un hijo. El plan debe reflejar la dirección de la residencia principal del niño. Si hay 2 o más hijos en un plan, el mayor es el principal y el resto son dependientes.

**P: ¿Cuál es la edad máxima de los dependientes?**

**R:** En la mayoría de los estados, la edad máxima para un dependiente es hasta 26 años. Sin embargo, algunos estados permiten que los dependientes sean mayores de 26 años.

**P: Estoy en un plan individual para la vista, pero me mudaré a otro estado. ¿Qué debo hacer?**

**R:** Debe llamar a Servicio al cliente (el teléfono está en el reverso de la tarjeta de identificación) y solicitar asistencia para cambiarse a un plan en su nuevo estado. Los planes y las tarifas son específicos de cada estado. Tiene 30 días desde el momento en que se muda para completar este cambio de plan.

## 2.2.E. Fechas de entrada en vigencia y de pago de servicios para la vista

**P: ¿Cómo se calculan las fechas de entrada en vigencia?**

**R:** Los planes individuales independientes pueden cotizarse hasta 90 días calendario antes de una fecha de entrada en vigencia futura.

**P: ¿Cuáles son las opciones para la fecha de entrada en vigencia y de pago de los planes individuales para la vista PPO?**

**R:** La fecha de entrada en vigencia puede ser desde 5 días hasta 90 días a partir de la fecha en que se procesa la solicitud. El primer pago que se hace es por un mes de cobertura (o 1 año, si se trata de una facturación anual) e incluye la tarifa de inscripción (si corresponde). La fecha de pago inicial seleccionada debe ser al menos 5 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia del plan.

**Métodos de pago recurrente:** el afiliado puede elegir una de estas fechas para el pago recurrente: el 5, el 15 o el 25. Los afiliados pagan un mes por adelantado.

**Nota 1:** El solicitante puede hacer que el pago inicial y el segundo pago sean en el mismo mes, según la fecha del pago inicial y la elegida para el pago recurrente.

Este es un ejemplo:

*Si una solicitud de plan se procesa el 1 de septiembre y el afiliado elige la facturación el día 15 del mes, se le facturará el segundo mes de la prima (menos cualquier excedente prorrateado del mes 1) el 15 de septiembre.*

**Nota 2:** El valor del segundo pago puede ser distinto al del inicial y los subsiguientes. Puede ser el equivalente a 1 mes menos el exceso prorrateado, como se muestra arriba. O bien, puede ser el equivalente a 2 meses, menos el exceso prorrateado, como se muestra a continuación:

*La fecha de entrada en vigencia del cliente es el 10 de octubre y había completado la solicitud el 5 de octubre. Seleccionó el quinto día del mes para sus pagos recurrentes. El pago inicial se aplicaría al mes de octubre. Dado que todas las primas se pagan por adelantado, el 5 de noviembre se le cobraría al cliente el mes de diciembre, así como también el mes de noviembre que falta, menos el crédito transferible de octubre.*

## 2.2.F. Reclamaciones de servicios para la vista

**P: ¿Cómo se presentan las reclamaciones de servicios para la vista dentro de la red?**

**R:** Los proveedores de la red buscan en su sistema en línea para verificar los beneficios del afiliado y los proveedores de servicios para la vista aplican los beneficios en el momento en que se prestan los servicios. Generalmente, no se requieren reclamaciones separadas dentro de la red.

**P: ¿Cómo presentar reclamaciones fuera de la red para planes individuales para la vista?**

**R:** Para recibir beneficios de servicios para la vista fuera de la red (si el plan del afiliado los incluye), el afiliado deberá pagarle al proveedor de servicios para la vista fuera de la red y luego enviar un recibo junto con el [formulario de reclamación de servicios para la vista fuera de la red de Humana](#). En ese formulario se indica la dirección a la que debe enviarse la reclamación por correo.

## 2.2.G. Cancelar un plan de servicios para la vista

**P: ¿Cómo puede un afiliado cancelar su plan individual para la vista?**

**R:** Lo primero que debe hacer el afiliado es llamar a Servicio al cliente del plan para la vista (número de teléfono al reverso de la tarjeta de identificación) para cancelar la póliza. EyeMed transferirá la llamada al Departamento de facturación/inscripción de Humana para evaluar la solicitud de cancelación. Los agentes también pueden solicitarla a través de una consulta de servicio en Vantage.

Tenga en cuenta: Puede que los afiliados tengan un contrato mínimo de 1 año en su plan.

## Sección 3 - Servicio apoyo al cliente y al agente

### **P: ¿Dónde pueden obtener los agentes asistencia previa a la inscripción?**

**R:** Los agentes pueden comunicarse con Asistencia para agentes (ASU, por sus siglas en inglés) por problemas previos a la inscripción, como problemas con la solicitud y comprobaciones del estado de la inscripción. Puede comunicarse por teléfono llamando al **800-309-3163** o por correo electrónico a [agentsupport@humana.com](mailto:agentsupport@humana.com).

### **P: ¿Dónde pueden obtener los agentes asistencia posterior a la inscripción?**

**R:** Los agentes pueden enviar una consulta de servicio en Vantage para solicitar asistencia por servicios individuales dentales/para la vista, así como también servicios dentales/para la vista de Medicare Advantage. Esto puede incluir hacer preguntas sobre cómo se procesó la reclamación de un afiliado, verificar el estado de una reclamación o una estimación de costos previa al tratamiento, solicitar una tarjeta de identificación o un directorio de proveedores, o consultar el acceso de un afiliado al cuidado (por ejemplo, un dentista de la red no reconoce el plan; un afiliado necesita asistencia para encontrar un proveedor de la red). Asegúrese de seleccionar la casilla servicios dentales/para la vista cuando envíe la consulta en Vantage.

### **P: ¿Qué documento es necesario para que Humana hable con un cuidador, en lugar del afiliado?**

**R:** El afiliado debe completar el formulario de divulgación de Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés): [Humana.com/caring-for-others/caregiver-access-to-protected-health-information](https://www.humana.com/caring-for-others/caregiver-access-to-protected-health-information).