



Manual para afiliados
de Humana Healthy
Horizons™ in Kentucky
Medicaid para 2022

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-444-9137 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-444-9137** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc.

Ofrecemos servicios de asistencia con el idioma sin cargo alguno. 800-444-9137 (TTY: 711)

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。

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

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

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

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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。

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

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

Deutsch (Pennsylvania Dutch): Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

Oroomiffa (Oromo): Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

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

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

Ikirundi (Bantu – Kirundi): Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.

Usted ya es afiliado de Humana Healthy Horizons™ in Kentucky. ¡Le damos la bienvenida!

¡Le agradecemos por haberse sumado a Humana Healthy Horizons! Nos alegramos de contarle como afiliado. Nuestro principal objetivo es mantenerle saludable y tenemos el propósito de que esto le resulte simple. Sabemos que el sistema de cuidado de la salud puede ser complicado. Esta guía contiene todo lo que debe saber sobre su plan de cuidado de la salud.

Humana Healthy Horizons es un producto de cuidado de la salud administrado que presta servicios al Estado Libre Asociado. En esta guía encontrará respuesta a muchas de sus preguntas. Tenga a bien dedicar tiempo a leerla y consérvela por si necesita consultar algo. Si tiene preguntas sobre la información que aparece en su paquete de bienvenida, en esta guía o en su plan de salud, llame a Servicios para afiliados al **1-800-444-9137 TTY: 711** o visite nuestro sitio web en **www.Humana.com/HealthyKentucky**.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un producto Medicaid de Humana Health Plan, Inc.



Cómo contactarnos

Servicios para afiliados	1-800-444-9137, TTY: 711
Internet	www.humana.com/HealthyKentucky
Transporte	1-888-941-7433
Correo	Humana P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546
Servicios de conserjería para accesibilidad (disponible para formatos alternativos, servicios de interpretación, personas con trastornos auditivos)	1-877-320-2233

Horario de atención

Servicios para afiliados atiende de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención al público o cuando nuestra oficina está cerrada, para comunicarse con nosotros:

- Elija en nuestro menú telefónico la opción que corresponda a lo que necesita.

Queremos saber qué opina de nosotros. Si tiene ideas sobre cómo podemos mejorar o prestarle un mejor servicio, háganoslo saber. Su opinión es importante. Queremos que sea un afiliado satisfecho y saludable.

Humana está cerrado en los siguientes días festivos:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del Día de Acción de Gracias
- Nochebuena
- Navidad
- Día después de Navidad (lunes 26 de diciembre)

Su guía de referencia rápida de Medicaid

QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Buscar un médico, un especialista o un servicio de cuidado de la salud	Mi proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Si necesita ayuda para elegir a su PCP, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 o TTY: 711 .
Obtener la información de esta guía en otro formato o idioma	Servicios para afiliados, llamando al 1-800-444-9137 o TTY: 711 .
Llevar un mejor registro de mis citas y servicios de salud	Su PCP o Servicios para afiliados, llamando al 1-800-444-9137 o TTY: 711 .
Obtener ayuda para acudir a las citas con mi médico y volver a casa	Servicios para afiliados, llamando al 1-800-444-9137 o TTY: 711 . También puede encontrar más información sobre los servicios de transporte en esta guía.
Obtener ayuda para manejar mi estrés o ansiedad	Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911. Línea directa de crisis de salud del comportamiento en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 1-833-801-7355 o TTY: 711 .
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, mis síntomas o mis medicamentos	Línea de enfermería en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o hable con su PCP. 1-800-648-8097 o la línea de servicios generales 1-800-444-9137 o TTY: 711 .
<ul style="list-style-type: none"> • Entender una carta o aviso de mi plan de salud que recibí por correo • Presentar una queja sobre mi plan de salud • Obtener ayuda con un cambio o una denegación reciente de mis servicios de cuidado de la salud 	<p>Servicios para afiliados, llamando al 1-800-444-9137 o TTY: 711, o el Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid, llamando de forma gratuita al 1-800-372-2973.</p> <p>También puede encontrar más información sobre el Programa de Mediador en esta guía.</p>
Actualizar mi dirección u otra información de contacto	Llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) para informar un cambio de dirección. Puede encontrar una lista de las sedes del DSS aquí: https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/
Encontrar el Directorio de proveedores de Humana Healthy Horizons u otra información general sobre mi plan	Humana Healthy Horizons www.Humana.com/HealthyKentucky .

Información sobre el plan Medicaid del Estado

Tarjeta de identificación del afiliado al plan Medicaid del Estado

Humana Healthy Horizons entrega una tarjeta de identificación a todos los afiliados. Su tarjeta de identificación del afiliado al plan del Estado tiene el aspecto siguiente. La parte frontal tiene información personal, que incluye su identificación de afiliado y su PCP asignado con nombre y número de teléfono de contacto. La tarjeta también tiene los números de teléfono más importantes de Humana.

Cada persona de su familia que esté afiliada recibirá su propia tarjeta de identificación. Cada tarjeta es válida mientras la persona esté afiliada a Humana o hasta que le enviemos otra nueva. También puede obtener una tarjeta nueva si la solicita. Recibirá una nueva tarjeta si cambia su PCP.

Humana Healthy Horizons enviará su tarjeta de identificación por correo 5 días después de que se afilie a nuestro plan de salud. El Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS, por sus siglas en inglés) de su localidad nos proporciona su dirección.

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711 de inmediato si sucede lo siguiente:

- Hay algún error en la tarjeta de identificación.
- Pierde su tarjeta.

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación del afiliado

Nunca permita a otra persona usar su tarjeta de identificación del afiliado. Asegúrese de mostrarla cada vez que reciba servicios de cuidado de la salud. Necesita su tarjeta de identificación en estos casos:

- Consulta a su médico.
- Consulta a algún otro proveedor de cuidado de la salud.
- Acude a salas de emergencias.
- Acude a centros de cuidado de urgencia.
- Acude a hospitales por cualquier motivo.
- Recibe suministros médicos.
- Recibe una receta.
- Se realiza pruebas médicas.

Asegúrese de tener consigo un documento de identidad con fotografía. Su médico o proveedor puede pedirle su tarjeta de identificación de Humana Healthy Horizons y un documento de identidad con fotografía.

Recuerde que cuando nos llame, debe tener disponible el número de identificación de afiliado que aparece en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana Healthy Horizons. Esto nos ayudará a brindarle servicios con más rapidez. Comuníquese con Servicios para afiliados si sucede lo siguiente:

- No ha recibido su tarjeta de identificación de Humana.
- La tarjeta contiene información errónea.
- Extravía su tarjeta.
- Tiene un bebé, para que podamos enviarle una tarjeta de identificación del afiliado para su bebé.
- Tiene dudas sobre cómo usar su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Humana | Healthy HorizonsSM in Kentucky
A Medicaid product of Humana Health Plan, Inc.

ENROLLEE NAME
Enrollee ID: HXXXXXXXXX

Medicaid ID#: XXXXXXXX	Group #: KYM01
Date of Birth: XX/XX/XX	RxBIN: 023880
Effective Date: XX/XX/XX	RxPCN: KYPROD1
PCP Name: XXXXXXXXX	
PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX	

Mediimpact****

Enrollee/Provider Service:	1-800-444-9137
TTY, call 711	
Enrollee Behavioral Health Crisis Line:	1-833-801-7355
Pharmacy Services for Enrollees/Providers:	1-800-210-7628
Pharmacy Prior Authorization:	1-844-336-2676
24 Hour Nurse Line:	1-800-648-8097

Please visit us at **Humana.com/HealthyKentucky**
For online provider services, go to www.availity.com

Please mail all claims to:
Humana Medical
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Palabras clave utilizadas en esta guía

Al leer esta guía, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Abuso: el pago de artículos o servicios cuando no existe ningún derecho legal a recibir ese pago y el proveedor de cuidado de la salud no ha modificado los hechos de manera intencionada o deliberada para obtener el pago.

Afección médica de emergencia: una situación que podría poner en peligro su vida o en la que usted podría sufrir un daño permanente si no recibe cuidado de inmediato (como un ataque al corazón o huesos rotos).

Afiliado: una persona elegible para Medicaid que se ha sumado a un Programa de Cuidado Administrado de Medicaid.

Afiliado: una persona elegible para Medicaid que se ha sumado a un Programa de Cuidado Administrado de Medicaid.

Apelación acelerada: una revisión realizada con rapidez para responder a las necesidades de salud de un afiliado.

Apelación: una solicitud que usted o su representante autorizado hacen al plan de salud para revisar una decisión que tomó el plan de negar, reducir o interrumpir sus servicios de cuidado de la salud.

Audiencia justa del Estado: una manera de presentar su caso ante un juez de derecho administrativo si no está conforme con una decisión que tomó su plan de salud y que limitó o interrumpió sus servicios después de su apelación.

Autorización previa: algunas veces, los proveedores participantes se comunican con nosotros con respecto a los servicios médicos que desean brindarle. Esto se realiza antes de que usted reciba los servicios médicos para garantizar que se trata del mejor cuidado que puede recibir para sus necesidades. También se aseguran de que los servicios estarán cubiertos. Es necesaria para algunos servicios que no son de rutina como, por ejemplo, el cuidado de la salud en el hogar o algunas cirugías programadas.

Aviso de medida: respuesta de Humana para informar una decisión.

Beneficios: un conjunto de servicios de cuidado de la salud cubiertos por su plan de salud.

Cita: visita que programa para hacer una consulta a un proveedor.

Cobertura para medicamentos recetados: cubre la totalidad o parte del costo de los medicamentos recetados.

Consumo de sustancias: un problema médico que incluye el consumo o la dependencia al alcohol o a las drogas legales o ilegales de manera incorrecta.

Control de la utilización: proceso de examen que revisa los servicios prestados a los afiliados.

Coordinación del cuidado de la salud: proceso por el que Humana designa a una persona para ayudarle a recibir el cuidado que necesita.

Coordinador del cuidado de la salud: un profesional del cuidado de la salud especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para cerciorarse de que reciba el cuidado adecuado en el momento y lugar en que lo necesite.

Cuidado administrado: una forma organizada para que los proveedores trabajen en conjunto junto a fin de coordinar y gestionar todas sus necesidades de salud.

Cuidado ambulatorio en el hospital: cuidado en un hospital que generalmente no requiere hospitalización durante más de un día.

Cuidado de enfermería especializada: servicios proporcionados por enfermeras con licencia en su hogar o en un hogar de ancianos.

Cuidado de la salud del comportamiento/cuidado emocional: servicios de tratamiento y rehabilitación de la salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y por consumo de sustancias (alcohol y drogas).

Cuidado de la salud en el hogar: servicios de cuidado de la salud proporcionados en su hogar, como visitas de enfermeras o terapia física.

Cuidado de urgencia: cuidado necesario para una lesión o enfermedad que, generalmente, no es potencialmente mortal y debe tratarse en un plazo de 24 horas.

Cuidado en la sala de emergencias: el cuidado que recibe en un hospital si tiene una afección médica de emergencia.

Cuidado médico posterior a la estabilización: el cuidado que recibe después de haber recibido servicios médicos de emergencia. El propósito de este cuidado es ayudarle a recuperar la salud.

Cuidado preventivo: cuidado que el médico le proporciona a un afiliado para ayudar a que se mantenga saludable.

Curador para el cuidado de la salud: una persona adulta que usted ha elegido para tomar decisiones de salud cuando usted no es capaz de hacerlo.

Dentro de la red: un término que se usa cuando un proveedor tiene un contrato con su plan de salud.

Desafiliación: la exclusión de un afiliado de los beneficios de Humana.

Directorio de proveedores: una lista de proveedores participantes en la red de su plan de salud.

Doble elegibilidad: situación en la que es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Equipo médico duradero: determinados artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede solicitar para que usted los use si tiene una enfermedad o una lesión.

Especialista: un médico que está capacitado y practica en un área especial de la medicina, como cardiología (médico del corazón) u oftalmología (médico de los ojos).

Farmacia: lugar donde se venden medicamentos.

Formulario: lista de medicamentos genéricos y de marca admitidos por el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky.

Fraude: quien a sabiendas y de manera premeditada lleva a cabo, o intenta llevar a cabo, un plan o engaño para defraudar a un programa de beneficios de cuidado de la salud, o para obtener —mediante pretextos, declaraciones o promesas falsos o fraudulentos— el dinero o los bienes que pertenecen o que custodia o controla un programa de beneficios de cuidado de la salud.

Fuera de la red: médico, hospital, farmacia u otro profesional del cuidado de la salud con licencia que no ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los afiliados de Humana.

HIPAA: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad en Seguros de Salud de los Estados Unidos (HIPAA, por sus siglas en inglés), promulgada para proporcionar estándares de privacidad a fin de proteger los expedientes médicos de los pacientes, así como otra información de salud que se proporciona a planes de salud, médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

Hogar médico: la relación que tiene con su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) se considera su “hogar médico”.

Hospitalización: admisión a un hospital para un tratamiento que generalmente requiere hospitalización durante más de un día.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): un programa de financiación federal diseñado para ayudar a las personas ancianas, ciegas y discapacitadas con bajos ingresos o sin ingresos. Este programa proporciona dinero en efectivo para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, ropa y albergue.

Instrucción anticipada: documentos legales que puede redactar y firmar por si se enferma gravemente o si desea designar un curador para el cuidado de la salud. Estos documentos permiten a su médico y a otras personas saber qué tratamiento desea recibir si se enferma de gravedad y no puede expresar su voluntad.

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés): una lista de medicamentos de farmacia cubiertos.

Malgasto: utilización excesiva de servicios u otras prácticas que, de manera directa o indirecta, resulta en costos innecesarios al sistema de cuidado de la salud, incluidos los programas de Medicare y Medicaid. Generalmente se considera que es provocado por el mal uso de los recursos y no por acciones de negligencia penal.

Medicaid: un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar el cuidado de la salud.

Medicamentos recetados: un medicamento que, por ley, requiere la receta de un médico.

Medida adversa: una decisión que su plan de salud puede tomar para reducir, interrumpir o restringir sus servicios de cuidado de la salud.

Necesario por razones médicas: servicios o tratamientos médicos que necesita para mejorar o para mantenerse en buen estado de salud.

Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): directrices con respecto a los ingresos que utilizan programas tales como el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) o el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) con el fin de establecer los criterios de elegibilidad.

Plan (o plan de salud): la compañía de cuidado administrado que le proporciona una cobertura de seguro de salud.

Plan de salud (o Plan): la compañía de cuidado administrado que le proporciona una cobertura de seguro de salud.

Poder notarial duradero para el cuidado de la salud: un acuerdo por escrito entre usted y otra persona que permite que esa persona tome decisiones médicas o financieras en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo.

Poder notarial: un acuerdo por escrito entre dos personas que le permite a una persona actuar y decidir por la otra con respecto a determinados asuntos; el poder notarial duradero (ver abajo) es válido cuando el afiliado ya no puede tomar decisiones.

Presuntamente elegible: los afiliados, incluidos los niños y las mujeres embarazadas de hasta un (1) año, pueden ser “presuntamente elegibles” si residen en el estado de Kentucky y tienen determinados niveles de ingresos. Esto significa que las mujeres embarazadas recibirán cuidado médico prenatal u otros servicios mientras se procesa la solicitud de Medicaid.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): el proveedor que se ocupa y coordina todas sus necesidades de salud. A menudo, el PCP es la primera persona con la que debe comunicarse si necesita cuidado. Generalmente, el PCP se especializa en práctica general, práctica familiar, medicina interna, pediatría o es un obstetra o ginecólogo.

Proveedor no participante: un médico, hospital u otro centro médico o proveedor de cuidado de la salud con licencia que no ha firmado un contrato con su plan de salud.

Proveedor participante: médico, hospital, farmacia u otro profesional del cuidado de la salud con licencia que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los afiliados de Humana. Los proveedores participantes figuran en nuestro Directorio de proveedores.

Proveedor: un profesional del cuidado de la salud o un centro que ofrece servicios de cuidado de la salud, como un médico, un hospital o una farmacia.

Queja formal: una queja que puede presentar ante su plan de salud por escrito o llamando por teléfono si tiene un problema con su plan de salud, el proveedor, el cuidado o los servicios.

Reclamación: facturación de servicios.

Red (o red de proveedores): una lista completa de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales del cuidado de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios de cuidado de la salud a los afiliados.

Red de proveedores: una lista de todos los proveedores de cuidado de la salud que participan activamente en el plan (“proveedores participantes”). A partir de esta lista se crea el Directorio de proveedores.

Referido: cuando su médico de cuidado primario (Primary Care Physician, PCP) le envía a otro proveedor de cuidado de la salud.

Representante autorizado: una persona de confianza (un familiar, amigo, proveedor o abogado) a quien usted le permite hablar en su nombre con respecto a sus beneficios de Medicaid, la afiliación o las reclamaciones.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que paga sus gastos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Seguro primario: seguro que podría tener el afiliado que no es Medicaid. Este seguro pagará su reclamación antes que Medicaid.

Servicios cubiertos: los servicios de cuidado de la salud necesarios por razones médicas que debe pagar Humana.

Servicios de cuidado de la salud: servicios de cuidado relacionados con la salud de un afiliado como, por ejemplo, los servicios preventivos, de diagnóstico o de tratamiento.

Servicios de hospicio: servicios especiales para los pacientes y sus familias durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte. Los servicios de hospicio incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que brindan apoyo a las personas con enfermedades terminales y a sus familias o cuidadores.

Servicios de un médico: servicios de cuidado de la salud proporcionados o coordinados por un médico con licencia (médico [M.D., por sus siglas en inglés] o doctor en medicina osteopática [D.O., por sus siglas en inglés]).

Servicios en casos de emergencia: servicios que recibe para tratar su afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: servicios de cuidado de la salud que no están cubiertos por Medicaid.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios y equipos de cuidado de la salud que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía. Estos servicios pueden incluir terapia física o del habla.

Terapia por fases: en el cuidado médico administrado, la terapia por fases es un enfoque a las recetas médicas que tiene por objeto controlar los costos y riesgos que presentan los medicamentos recetados. La práctica comienza con medicamentos para una afección médica que corresponden al tratamiento farmacológico más eficaz en función de los costos y progresa hacia otras terapias más costosas o peligrosas solo si es necesario.

Transporte médico de emergencia: transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano debido a una afección médica de emergencia.

Transporte médico que no es de emergencia: servicios de transporte que su plan puede coordinar para ayudarlo a ir a sus citas y volver a casa, incluidos vehículos personales, taxis, furgonetas, minibuses, transportes de zona de montaña y transporte público.

Índice

Cómo contactarnos	5
Su guía de referencia rápida de Medicaid	6
Información sobre el plan Medicaid del Estado	7
Palabras clave utilizadas en esta guía	9
Cómo utilizar esta guía	20
Cómo funciona el cuidado administrado	20
El plan, nuestros proveedores y usted	20
Directorio de proveedores	21
Buscador de médicos (“Find a Doctor”)	21
Servicios para afiliados	21
Háganos saber si su información cambia	22
Pérdida de Medicaid	23
¿Tiene otro seguro?	24
Servicios de intérprete	24
Línea de consulta de enfermería las 24 horas	25
Ayuda y servicios auxiliares	25
Números de teléfono importantes	26
Parte I: Lo primero que debe saber	27
Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	27
Elección de un PCP	27
Casos especiales	28
¿Qué sucede si no elige un PCP?	28
Cambio de PCP	28

Cómo obtener cuidado de la salud habitual	29
Consultas médicas.....	30
No se requiere que el afiliado sea referido	31
Cómo obtener referidos fuera de la red	32
Proveedores fuera de la red.....	32
Emergencias.....	32
Cuidado médico posterior a la estabilización	34
Cuidado de urgencia.....	34
Servicios de cuidado virtual (Telehealth)	34
Cuidado a largo plazo	35
Segundas opiniones.....	35
Embarazo y planificación familiar	36
Enfermedades de transmisión sexual.....	36
Servicios de planificación familiar	36
Antes de estar embarazada	36
Después del nacimiento del bebé	37
Beneficio de medicamentos recetados	38
Servicios de salud del comportamiento y mental.....	39
Cuidados fuera de Kentucky	39
Parte II: Sus beneficios: Qué cubre el plan Humana Healthy Horizons	40
Beneficios	40
Servicios cubiertos por la red de Humana Healthy Horizons	40
Cuidado de la salud habitual	41
Cuidado de maternidad	41
Servicios de salud en el hogar	41

Servicios de cuidado personal o enfermería privada	42
Cuidado en hospicio	42
Cuidado de la vista	42
Farmacia	42
Cuidado médico en casos de emergencia	42
Cuidado especializado	43
Servicios de enfermería en el hogar	43
Servicios de salud del comportamiento y servicios para trastornos por consumo de sustancias	43
Servicios de transporte	44
Cómo obtener transporte que no sea de emergencia	44
Planificación familiar	45
Otros servicios cubiertos	45
Beneficios que ofrece el Estado.....	46
Apoyo adicional para manejar su salud	46
Coordinación del cuidado de la salud y servicios de extensión.....	47
Coordinación del cuidado de la salud complejo	48
Manejo de afecciones crónicas	48
Manejo de enfermedades.....	48
Ayuda con problemas que no requieren cuidados médicos	49
Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable	50
Programa “Moms First”.....	50
Control del peso	50
Programa para abandonar el tabaco	50
Transiciones en el cuidado.....	50

Beneficios adicionales.....	51
Pacify	54
Go365 for Humana Healthy Horizons™	55
Participe en actividades saludables y gane recompensas	55
Cómo canjear las recompensas	57
Herramienta de acceso sencillo	57
Beneficios que puede obtener de Humana Healthy Horizons O de un proveedor de Medicaid	58
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) ..	58
Servicios NO cubiertos	60
Qué sucede si recibe una factura	61
Copago del afiliado	61
Parte III: Procedimientos del plan.....	62
Autorización previa y medidas	62
Solicitudes de autorización previa para menores de 21 años	63
Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización previa	63
Autorización previa y plazos	64
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud	65
Cómo unirse al Comité de Acceso de los Afiliados a la Calidad.....	65
Apelaciones	66
Plazos para apelaciones	68
Audiencias justas del Estado.....	68
Continuidad de los beneficios.....	69
Quejas formales.....	70
Cuál es el próximo paso:	71
Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado)	71

Derechos y obligaciones del afiliado	72
Sus derechos	72
Sus obligaciones	75
Fin de su afiliación.....	76
Podría perder la elegibilidad para el Cuidado Médico Administrado de Medicaid ...	77
Instrucciones anticipadas	78
Instrucciones anticipadas en Kentucky	78
Orden médica para alcance de tratamientos (MOST)	78
Testamento en vida.....	79
Instrucciones de tratamiento de salud mental.....	79
Otras personas que pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted	80
Tutela	80
Poder notarial para el cuidado de la salud	81
Fraude, malgasto y abuso	81
Si sospecha de fraude, malgasto o abuso	82
Manténganos informados	83
Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid	84
Programa cerrado de Kentucky (KLIP, por sus siglas en inglés)	85
Mejora de la calidad.....	86
Alcance del programa.....	87
Medidas de calidad	88
Directrices preventivas y pautas de práctica clínica.....	89
Su salud es importante.....	89

Aviso de prácticas de privacidad.....	90
¿Qué es información personal y de salud?.....	90
¿Cómo protegemos su información?.....	90
¿Cómo usamos y divulgamos su información?.....	90
¿Usaremos su información para propósitos no descritos en este aviso?.....	92
¿Qué hacemos con su información cuando ya no es un afiliado o no obtiene cobertura por medio de nuestro plan?.....	92
¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?.....	92
¿Qué tipos de comunicaciones puedo optar por no recibir?.....	93
¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?.....	93
¿Qué debo hacer si creo que se ha violado mi privacidad?.....	94
¿Qué sucederá si mi información privada se utiliza o divulga de manera inadecuada?.....	94
Departamento de Quejas Formales y Apelaciones.....	97
FORMULARIO PARA NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE.....	97
La discriminación es contra la ley.....	98

Cómo utilizar esta guía

Esta guía le indicará cómo usar su plan Healthy Horizons. Esta es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan le resulte útil.

Las primeras páginas le informarán sobre lo que necesita saber de inmediato. Utilice estos datos como referencia o verifíquelos a medida que los necesite.

Cuando tenga dudas, revise esta guía, pregúntele a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o llame a Servicios para afiliados. También puede visitar nuestro sitio web www.Humana.com/HealthyKentucky.

Cómo funciona el cuidado administrado

El plan, nuestros proveedores y usted

- Muchas personas obtienen sus beneficios para la salud a través del cuidado administrado, que funciona como un hogar central para su salud. El cuidado administrado ayuda a coordinar y manejar todas sus necesidades de cuidado de la salud.
- Humana Healthy Horizons tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de las personas que tienen Kentucky Medicaid. A su vez, Humana Healthy Horizons está asociada a un grupo de proveedores de cuidado de la salud para ayudarnos a resolver sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de cuidado domiciliario y otros centros de cuidado de la salud) conforman nuestra red de proveedores.
- La red de proveedores de Humana Healthy Horizons está disponible para lo que necesite. La mayoría de las veces, esa persona será su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Si necesita hacerse una prueba, consultar a un especialista o ir al hospital, su PCP puede ayudarle a organizarlo.
- Su PCP está disponible para atenderlo día y noche. Si necesita hablar con su PCP después del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje e indíquele cómo puede comunicarse con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de cuidado de la salud, en algunos casos, puede consultar a otros médicos para algunos servicios sin la necesidad de consultar a su PCP.
- En el Directorio de proveedores encontrará una lista. Consulte la sección Directorio de proveedores (a continuación).

Directorio de proveedores

Si lo solicita, Humana Healthy Horizons le proporcionará un Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores es una lista de los médicos y proveedores que usted puede utilizar para recibir servicios. Esta lista se denomina nuestra red de proveedores. Recuerde que nuestro Directorio de proveedores puede cambiar y que usted siempre puede llamarnos para saber si se han incorporado nuevos proveedores o si alguno se ha retirado desde que se imprimió el directorio. También podemos brindarle información adicional sobre los proveedores o entregarle un Directorio de proveedores más reciente. Simplemente llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711) o consulte la página 21 para obtener más información.

Buscador de médicos (“Find a Doctor”)

Hemos mejorado nuestro servicio en línea de búsqueda de médicos. Usar el servicio es cada vez más fácil. Visite nuestro sitio web www.Humana.com/healthykentucky y desplácese hasta la parte inferior de la página. Seleccione “Find a Doctor” (Buscar un médico) en “Member Resources” (Recursos para afiliados).

Es importante que establezca una buena relación con su PCP tan pronto como pueda. Llame al consultorio de su PCP para programar una visita. Lleve sus expedientes médicos anteriores a la primera consulta o solicite que se envíen antes de la cita. Su PCP asignado o elegido querrá conocerle y comprender sus necesidades de cuidado de la salud.

Servicios para afiliados

Hay alguien disponible para ayudarle. Simplemente llame a Servicios para afiliados.

- Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 o TTY: 711 de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.
- En caso de una emergencia médica, llame al 911.
- **Cada vez que tenga una duda, puede llamar a Servicios para afiliados para obtener ayuda.** Puede llamarnos para elegir o cambiar a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), preguntar acerca de los beneficios y servicios, obtener ayuda con los referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar sobre el nacimiento de un bebé o preguntar sobre cualquier cambio u otro problema que pueda afectarle o afectar los beneficios de su familia.
- Si usted está o queda embarazada, su hijo pasará a formar parte de Humana Healthy Horizons el día de su nacimiento. Si queda embarazada y necesita ayuda con la elección de un médico para usted y su bebé antes de que nazca, debe llamarnos y comunicarse con el Departamento de Servicios Comunitarios de su localidad de inmediato.
- **Si el inglés no es su idioma principal (o si lee esta información a alguien que no sabe leer en inglés), podemos ayudarle.** Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, independientemente del idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudar.

- Para personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas o tiene problemas para oír o comprender y necesita ayuda adicional, llámenos. Si lee esta información a alguien que es ciego, sordo y ciego o tiene dificultad para ver, también podemos ayudar. Podemos informarle si el consultorio de un médico es apto para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos de comunicación especiales. También se ofrecen los siguientes servicios:

- o Una máquina de TTY. Nuestro número de teléfono de TTY es [711].

- o Información en letra grande

- o Ayuda para programar o asistir a las citas

- o Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 o visite www.Humana.com/healthykentucky para obtener más información sobre lo siguiente:

- Beneficios o elegibilidad.
- Autorización o aprobación previa para un servicio, si es necesaria.
- Servicios cubiertos y cómo usarlos.
- Obtención de una nueva tarjeta de identificación del afiliado.
- Denuncia de pérdida de una tarjeta de identificación del afiliado.
- Selección o cambio de proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).
- Ayuda disponible para afiliados que no hablan o leen bien en inglés.
- Ayuda para afiliados que no entienden la información debido a problemas de visión o audición.
- Presentación de una queja.

Para recibir servicio con más rapidez, tenga a mano su número de identificación de afiliado que encontrará en su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Puede encontrar más información sobre su tarjeta de identificación del afiliado en la página 8.

Háganos saber si su información cambia

Queremos asegurarnos de que siempre podamos comunicarnos con usted con respecto al cuidado de su salud. Como no queremos que deje de ser afiliado, es realmente importante para nosotros saber si cambia la información de su solicitud de Medicaid. Debe informar todos los cambios al Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS, por sus siglas en inglés) en el plazo de treinta (30) días. Si no se informan cambios en un plazo de 30 días, puede perder sus beneficios médicos. Estos son algunos ejemplos de cambios que debe informar en el plazo de treinta (30) días:

- Modificación del domicilio físico o de la dirección postal, o bien cambios en la información de contacto.

- Cambios en el ingreso familiar. Por ejemplo, aumento o disminución de las horas de trabajo, aumento de remuneración, cambios en la situación como trabajador autónomo, comienzo de un nuevo trabajo o abandono de un trabajo
- Cambio de la cantidad de personas en el grupo familiar o de la relación de parentesco. Por ejemplo, una persona se mudó a su domicilio o se fue de su domicilio, se casó o divorció, está embarazada o tiene un bebé.
- Usted u otros afiliados califican para recibir otra cobertura de salud, como seguro de salud de un empleador, Medicare, Tricare u otros tipos de cobertura de salud.
- Modificaciones en la situación migratoria.
- Estar en la cárcel o en prisión.
- Comienza a presentar una declaración de impuestos federales o deja de presentarla.
- Modificaciones en su declaración de impuestos federales. Por ejemplo, tiene una modificación en sus dependientes o un cambio en la tasación de los ingresos sujetos al pago de impuestos en la primera página del formulario de impuestos sobre la renta.

Para informar modificaciones, tiene las siguientes alternativas:

- Acudir en persona a una oficina del DCBS (para encontrar una oficina del DCBS próxima a donde usted se encuentra, visite https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/)
- Informar la modificación por escrito y enviarla por correo a:
- DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40601
- Llamar al DCBS, al 1-855-306-8959.

El Departamento de Servicios de Medicaid puede cancelar su afiliación al programa Medicaid si el Departamento no puede comunicarse con usted por correo de primera clase y si Humana no puede proporcionar al Departamento su domicilio válido. Su desafiliación puede continuar hasta que el Departamento o Humana le localice y sea posible restablecer su elegibilidad.

Pérdida de Medicaid

El Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS, por sus siglas en inglés) decide quién es elegible para Medicaid. Si el DCBS indica que usted ya no puede tener Medicaid, se nos informará que debemos poner fin a su afiliación. Le informaremos con 30 días de antelación que puede perder los beneficios. Si perdiera los beneficios de Medicaid, dejaría de estar cubierto por Humana.

Si necesita información adicional sobre su elegibilidad para Medicaid, tenga a bien consultar en la oficina del DCBS de su localidad o llame al 1-855-306-8959.

¿Tiene otro seguro?

Si usted cuenta con otro seguro médico, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 TTY: 711 para informarnoslo. Puede tener un seguro de salud por su trabajo, o sus hijos pueden tener el seguro de su otro progenitor.

También debe comunicarse con nosotros si ya no tiene el seguro de salud que nos había informado previamente. No darnos esta información puede causar problemas a la hora de recibir servicios médicos y con las facturas.

Los proveedores enviarán la factura en primer lugar a su seguro primario. Después de que su seguro primario pague su parte, su proveedor nos facturará a nosotros. Nosotros pagaremos el saldo después de que el seguro primario haya pagado su parte (hasta la cantidad que hubiéramos pagado nosotros como seguro primario). Debe hacernos saber de inmediato si sucede lo siguiente:

- Se produjeron modificaciones en su otro seguro.
- Sufrió una lesión en un accidente de automóvil.
- Le mordió un perro.
- Se cayó y se lastimó en una tienda.
- Sufrió una lesión en el trabajo.

Tal vez, otra compañía de seguros deba pagar la factura del médico o el hospital si tiene un accidente en el que participan otras personas. Infórmenos el nombre de lo siguiente:

- La persona en falta.
- La compañía de seguros de esta persona.
- Los abogados que intervienen.

Esta información ayudará a evitar demoras para procesar sus beneficios.

Servicios de intérprete

¿Hay en su familia algún afiliado a Humana Healthy Horizons que:

- no habla inglés?
- tiene problemas de audición o de la vista?
- tiene dificultad para leer o hablar inglés?

En caso afirmativo, podemos ayudarle. Humana Healthy Horizons ofrece intérpretes de lenguaje de señas y de idiomas de forma gratuita (en persona, a distancia por video y por teléfono) en todos los puntos de contacto de Humana. Se ofrecen servicios de interpretación oral en más de 200 idiomas.

Si necesita asistencia para comunicarse con nosotros o con un proveedor de cuidado de la salud, podemos ayudarle. Comuníquese con Servicios para afiliados. Todos los puntos de contacto de Humana disponen de servicios de intérprete y pueden ayudarle con las quejas

formales o las apelaciones. Consulte las páginas 63 a 65 para obtener más información sobre las quejas formales y las apelaciones.

Disponemos de material impreso en inglés y en español. El material se lee por teléfono en más de 200 idiomas y está disponible en formatos impresos alternativos (Braille, letra grande, PDF accesible y en cadena), así como en audio. Simplemente llámenos al 1-800-444-9137 (TTY: 711) o llame al servicio de Conserjería para accesibilidad al (1-877-320-2233) para solicitar formatos alternativos o servicios de intérprete (en persona, de interpretación a distancia por video o por teléfono).

Línea de consulta de enfermería las 24 horas

Puede llamar a cualquier hora para hablar con enfermeras diplomadas, con experiencia y a quienes su cuidado les importa. Esta llamada es gratuita. Puede llamar al 1-800-648-8097 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a lo siguiente:

- Decidir si necesita realizar una consulta médica o ir a una sala de emergencias.
- Tener información sobre estudios médicos o intervenciones quirúrgicas.
- Tener información adicional sobre recetas médicas o medicamentos de venta libre.
- Aprender sobre una afección médica o un diagnóstico reciente.
- Aprender sobre nutrición y bienestar.
- Preparar una lista de preguntas para hacer al médico cuando le visite.

Ayuda y servicios auxiliares

Si tiene alguna discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre el plan de salud, el cuidado de la salud y los servicios en un formato que pueda entender y al que pueda acceder. Proporcionamos ayuda y servicios gratuitos para que las personas puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como estos:

- Una máquina de TTY. Nuestro número de teléfono de TTY es 711.
- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidenses acreditados.
- Subtitulado.
- Información escrita en otros formatos (como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Estos servicios están disponibles de forma gratuita para los miembros con discapacidades. Para solicitar ayuda o servicios, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 TTY:711.

Kentucky Medicaid cumple con las leyes de derechos civiles federales y no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Si considera que Humana Healthy Horizons no proporcionó estos servicios, puede presentar una queja. Para presentar una queja u obtener más información, llame a Servicios para afiliados.

Números de teléfono importantes

Servicios para afiliados (esto incluye al médico que emite la receta, así como al proveedor)	1-800-444-9137 o TTY: 711
Servicios de salud del comportamiento para afiliados	1-888-666-6301
Línea de consulta de enfermería las 24 horas	1-800-648-8097
Línea de crisis de salud del comportamiento	1-833-801-7355
Servicios de conserjería para accesibilidad	1-877-320-2233
Servicios dentales	1-800-444-9137
Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS, por sus siglas en inglés)	1-855-306-8959
Servicios para la vista	1-800-444-9137
Denuncias de fraude y abuso de Medicaid	1-800-372-2970
Solicitud de una audiencia justa de Medicaid del Estado	1-800-635-2570
Quejas sobre los servicios de Medicaid	1-800-372-2973
Denuncias de sospechas de casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-877-597-2331
Información sobre violencia familiar	1-800-799-7233 TTY: 1-800-787-3224
Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid	1-800-372-2973
Centro de contacto de Medicaid en KY	1-855-459-6328
Red de Mediación de KY	1-502-573-2350
Línea de servicios legales gratuitos	1-800-292-1862, Louisville y zonas cercanas 1-866-277-5733, zona este de Kentucky 1-859-431-8200, zona central y norte de Kentucky 1-800-782-1924, zona oeste de Kentucky
Número de teléfono del Registro de Instrucciones Anticipadas de Cuidado de la Salud	1-502-564-7992, EXT 2800
Línea de malgasto del auditor estatal	1-800-592-5378
Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU.	1-502-564-2888
Servicios de farmacia (MedImpact)	1-800-210-7628

Parte I: Lo primero que debe saber

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Su proveedor de cuidado primario o PCP es la principal persona de cuidado de la salud que se ocupa de usted en forma periódica. Su PCP llega a conocer su historia clínica. Un PCP puede ser un médico, un enfermero profesional, el ayudante de un médico u otro tipo de proveedor. Puede tener capacitación en medicina de familia, medicina interna o pediatría. Su PCP es su hogar médico y aprenderá con rapidez lo que es normal para usted y lo que no lo es. Cuando necesite cuidado médico, en primer lugar, visite a su PCP. Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades habituales de cuidado de la salud.

Si es necesario, su PCP lo derivará a otros médicos (especialistas) o lo ingresará al hospital. Su PCP le ayudará a resolver todas sus inquietudes relacionadas con la salud.

Puede comunicarse con su PCP con solo llamar al consultorio del PCP. Encontrará el nombre y el número de teléfono de su PCP en su tarjeta de identificación del afiliado. Es importante que visite a su PCP tan pronto como pueda. Esto ayudará a su PCP a conocerle y comprender sus necesidades de cuidado de la salud. Si consultará a un nuevo médico, asegúrese de llevar consigo todos sus expedientes médicos o solicite que sus registros médicos se envíen a su nuevo médico.

Elección de un PCP

Como afiliado de Humana Healthy Horizons, usted puede elegir a su propio PCP. Si lo prefiere, puede elegir un PCP que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted. Pueden existir razones para que un especialista sea su PCP. Por ejemplo, en el caso de las mujeres embarazadas que sufren diabetes y los afiliados que se recuperan de un ataque al corazón. Simplemente llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711). Podemos ayudarle a recibir el cuidado médico que necesita y programar una consulta con un PCP.

- Al elegir un PCP, es posible que desee buscar uno que cumpla alguno de estos requisitos:
 - o Ya haya visto antes
 - o Entienda sus problemas de salud
 - o Acepte nuevos pacientes
 - o Hable su idioma
 - o Tenga un consultorio al que sea fácil llegar
- Cada miembro de la familia afiliado a Humana Healthy Horizons puede tener un PCP diferente o un mismo PCP puede ocuparse de la salud de toda la familia. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de medicina familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 para obtener ayuda al elegir un PCP adecuado para usted y su familia.

- Puede encontrar la lista de todos los médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios y otros profesionales asociados con Humana Healthy Horizons en nuestro Directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web para consultar el Directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener una copia del Directorio de proveedores.
- Las mujeres pueden realizarse exámenes médicos rutinarios, programar una consulta de seguimiento, de ser necesario, y obtener el cuidado habitual durante el embarazo.
- Si tiene una afección médica complicada o una necesidad especial de cuidado de la salud, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP.
- Si su proveedor se retira de nuestra red de proveedores, le informaremos dentro de un plazo de 15 días desde el momento en que nos enteremos. Si el proveedor que se retira es su PCP, nos contactaremos con usted para ayudarle a elegir otro.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor antes de que se le asigne un PCP o elija otro, comuníquese con Servicios para afiliados. Podemos ayudarle a obtener el cuidado que necesita.

Casos especiales

- Si recibe Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), lo que significa que cuenta con los seguros de Medicare (Humana u otro plan de salud) y Humana Healthy Horizons Medicaid, no es necesario que elija un PCP de Humana.
- Si es presuntamente elegible (“presuntamente elegible”, consulte la página 12), no es necesario que elija un PCP. Tenga en cuenta que, en este caso especial, Humana Healthy Horizons asignará un PCP para la persona presuntamente elegible, pero el afiliado no está obligado a ver a ese PCP.

¿Qué sucede si no elige un PCP?

Si no eligió un PCP en el momento de la afiliación, elegiremos uno para usted. Puede encontrar el nombre del PCP y la información de contacto en su tarjeta de identificación. Puede consultar a su PCP a partir del día en que se afilia.

Cambio de PCP

Elegir un PCP le ayudará a ocuparse de sus necesidades de cuidado de la salud. Puede elegir un PCP del Directorio de proveedores de Humana Healthy Horizons. Puede consultar a ese PCP a partir del día en que se afilia. Para consultar nuestro directorio, visítenos en www.espanol.Humana.com o bien llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711).

Esperamos que esté satisfecho con su PCP. Si desea cambiar su PCP, por la razón que sea, llame a Servicios para afiliados para hacérselo saber. Haremos el cambio el mismo día que usted llame. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del afiliado con la información de su nuevo PCP.

Si prefiere consultar a un proveedor de cuidado primario que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, llame a Servicios para afiliados.

Humana Healthy Horizons desea asegurarse de que esté asignado al PCP que haya elegido. Si está recibiendo servicios de un PCP que no figura en su tarjeta actual, podemos actualizar periódicamente la asignación al PCP para reflejar con precisión el proveedor con el que ha establecido una relación para el cuidado primario. Cuando esto ocurra, le enviaremos una tarjeta de identificación nueva que incluirá la relación precisa con el PCP.

Algunas veces, los PCP nos informan que se mudan, se retiran de la profesión o abandonan nuestra red. Esto se denomina renuncia voluntaria. Si ocurriera esto con su PCP, se lo informaremos por correo postal dentro de los treinta (30) días y le ayudaremos a buscar otro médico.

Humana Healthy Horizons puede solicitarle que cambie de PCP si su proveedor pide dejar de ser su médico.

Es importante cumplir con sus visitas programadas. A veces ocurren situaciones que le impiden acudir a una consulta médica. Si debe cancelar una cita, llame al consultorio del médico al menos 24 horas antes de la cita.

Cómo obtener cuidado de la salud habitual

Queremos asegurarnos de que usted recibe el cuidado adecuado del proveedor de cuidado de la salud adecuado cuando lo necesite. Utilice la información siguiente para ayudarle a decidir dónde dirigirse para recibir cuidado médico.

Consulte a su PCP para todas las visitas de rutina. Estos son algunos ejemplos de afecciones generales de salud que su PCP puede tratar:

Mareo	Presión arterial alta o baja
Inflamación de las piernas y los pies	Nivel de azúcar en la sangre alto o bajo
Tos persistente	Pérdida del apetito
Agitación	Dolor en las articulaciones
Resfriado/influenza	Dolor de cabeza
Dolor de oídos	Dolor de espalda
Estreñimiento	Erupción
Dolor de garganta	Retiro de los puntos de sutura
Secreción vaginal	Pruebas de embarazo
Manejo del dolor	

Visite a su PCP para recibir servicios de cuidado preventivo. Esto significa realizar visitas regulares a su médico incluso cuando no se sienta mal. Los controles, las pruebas de detección y los exámenes periódicos pueden ayudar a su médico a detectar y tratar problemas de manera temprana, antes de que se vuelvan graves.

Los ejemplos de cuidado preventivo incluyen vacunas, detección de diabetes, detección de obesidad y exámenes físicos rutinarios para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde su nacimiento hasta los 21 años de edad.

Consultas médicas

Una vez que tenga oficialmente un PCP, esta persona será su médico personal. Puede consultar a su PCP para recibir cuidado preventivo y realizarse exámenes médicos rutinarios.

El cuidado preventivo incluye	El cuidado rutinario incluye
Exámenes médicos regulares	Resfriado/influenza
Vacunas para niños	Dolor de oídos
Exámenes y pruebas de detección cuando sea necesario	Erupción
	Dolor de garganta

Debe visitar a su PCP dentro de los noventa (90) días de haberse afiliado a Humana Healthy Horizons. Las siguientes son algunas cosas que debe recordar antes de acudir a una consulta médica:

- Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Healthy Horizons.
- Lleve consigo sus recetas.
 - o Es conveniente que su médico sepa qué medicamentos toma usted.

Prepare todas las preguntas para su médico con anticipación, así no olvida nada.

- o Su médico es una persona en la que puede confiar.
- o Pregunte acerca de todas las dudas que tenga.
- Haga una lista de todas sus afecciones médicas para comentarle a su PCP.
- “Cuidado de la salud habitual” incluye pruebas, exámenes médicos regulares, vacunas u otros tratamientos para cuidar la salud, prestación de asesoramiento cuando lo necesite y referido a hospitales o especialistas cuando sea necesario. Significa que usted y su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajan en conjunto para mantener su salud o para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
- De día o de noche, puede comunicarse con su PCP con solo una llamada telefónica. Asegúrese de llamar a su PCP si tiene preguntas o inquietudes médicas. Si llama fuera del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje y un medio de contacto. Su PCP lo llamará lo más rápido posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.
- Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud, pero debe programar una cita para verlo. Si no puede asistir a una cita, llame al PCP para informarle al respecto.
- **Si requiere cuidado antes de la primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP programará una cita más pronto. Sin embargo, debe mantener la primera cita para hablar sobre su historia clínica y realizar preguntas.

- Es importante que pueda visitar a un médico dentro de un período de tiempo razonable, según la finalidad de la cita. Cuando llame para programar una cita, use la siguiente Guía de citas para informarse sobre la cantidad de tiempo que quizás deba esperar para que lo atiendan.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	SU CITA DEBE TENER LUGAR:
Cuidado preventivo para adultos (servicios como exámenes médicos rutinarios o vacunas)	Dentro de los 30 días
Servicios de cuidado de urgencia (cuidado para problemas como esguinces, síntomas de influenza o cortes y heridas menores)	Dentro de las 48 horas
Cuidado de emergencia o de urgencia solicitado después del horario habitual de atención al público	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)
Salud mental	
Servicios de rutina	Dentro de los 30 días
Servicios de cuidado de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios en casos de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)
Servicios móviles de gestión de crisis	Dentro de los 30 minutos
Trastornos por consumo de sustancias	
Servicios de rutina	Dentro de los 30 días
Servicios de cuidado de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios en casos de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)

Si tiene dificultad para obtener el cuidado que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame a Servicios para afiliados.

No se requiere que el afiliado sea referido

Puede consultar a todos los proveedores de nuestra red, incluidos especialistas y hospitales para pacientes internados. Humana no exige a los afiliados que sean referidos por proveedores de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) para consultar a los especialistas de nuestra red. Su PCP es su hogar médico y debe coordinar el cuidado de su salud. Usted debe llamar a su PCP para hacerle saber que consultará al otro proveedor. Puede consultar a cualquier proveedor de la red sin ser referido. Los PCP no necesitan organizar ni aprobar estos servicios, siempre y cuando usted no haya alcanzado el límite de los beneficios para el servicio.

Existen excepciones de esta política para los afiliados inscritos en el Programa cerrado de Kentucky (KLIP, por sus siglas en inglés). Tenga a bien consultar la sección KLIP de la guía.

Puede consultar a cualquier proveedor que no pertenezca a la red sin ser referido, para lo siguiente:

- Cuidado médico en casos de emergencia.
- Servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de planificación familiar acreditados (p. ej., Planned Parenthood).
- Todos los demás proveedores que no pertenezcan a la red deben tener un referido de su PCP o de un especialista de la red.

Cómo obtener referidos fuera de la red

Su PCP se pondrá en contacto con Humana Healthy Horizons a fin de recibir la aprobación para que usted acuda a un proveedor fuera de la red. Una vez aprobado, su PCP iniciará el proceso de referido y lo ayudará a programar una cita con ese proveedor fuera de la red. Esto se denomina referido fuera de la red. Para que Humana Healthy Horizons pague por un proveedor que no pertenece a la red, debemos aprobar el referido y una solicitud de autorización previa.

Si tiene dificultad para obtener el referido que cree que necesita, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711).

Es posible que Humana no apruebe un referido fuera de la red por estos motivos:

- Es posible que tengamos otro especialista que pueda tratarle y que pertenezca a la red.
- El especialista de la red puede proporcionar un cuidado similar al del especialista fuera de la red.

Si no está de acuerdo con la decisión de Humana Healthy Horizons, puede **apelar** nuestra decisión.

Proveedores fuera de la red

Si no contamos con un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado que necesita, se lo proporcionaremos mediante un especialista fuera de nuestro plan (un **proveedor fuera de la red**). Para obtener ayuda y más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o llame al **1-800-444-9137 (TTY: 711)**.

Emergencias

Siempre tiene cobertura de emergencia tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio. Los servicios de emergencia se ofrecen para los problemas de salud que usted considera que son tan graves que deben ser tratados por un médico de inmediato. Una afección médica de emergencia es una situación que podría poner en peligro su vida o en la que usted podría sufrir un daño permanente si no recibe cuidado de inmediato. Estos son algunos ejemplos de una emergencia:

Embarazo con síntomas como: dolor, fiebre, vómitos, sangrado vaginal	Hemorragia incontrolada
Dolor intenso en el pecho	Vómitos intensos
Falta de aire	Violación
Pérdida del conocimiento	Quemaduras graves
Convulsiones	Huesos rotos
Si siente que puede causarse daño a sí mismo o a otras personas	Sobredosis

Para decidir si debe ir a una sala de emergencias, necesita cuidado de urgencia o debe recurrir a su PCP, hágase estas preguntas:

- ¿Es seguro esperar y llamar antes a mi médico?
- ¿Es seguro esperar y pedir una cita con mi médico para dentro de uno o dos días?
- ¿Es seguro esperar si puedo tener una cita con mi médico hoy mismo?
- Si mi médico no puede verme, ¿es seguro esperar para realizar la consulta en un centro de cuidado de urgencia?
- ¿Podría morir o sufrir una lesión grave si no recibo ayuda médica de inmediato?

No es necesario que nos llame para obtener una aprobación antes de recibir servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o visite la sala de emergencias más próxima a usted. Si no tiene la seguridad sobre qué hacer, llame a su PCP para pedirle ayuda o bien puede llamar a nuestra Línea de consulta de enfermería las 24 horas, al 1-800-648-8097 (TTY: 711). Recuerde, si tiene una emergencia médica:

- Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. No deje de informar al personal que usted es afiliado de Humana Healthy Horizons. Muéstreles su tarjeta de identificación del afiliado.
- Si el proveedor que se ocupa de su emergencia considera que usted necesita otro tipo de cuidado médico para tratar el problema que causó la emergencia, debe llamar a Humana Healthy Horizons.
- Si puede hacerlo, llame a su PCP en cuanto le sea posible. Hágale saber que se encuentra en una emergencia médica o pídale a otra persona que llame por usted. Luego, llame a su PCP en cuanto pueda después de la emergencia para programar el cuidado de seguimiento.

Si es admitido en un hospital, asegúrese de que se informe a Humana Healthy Horizons dentro de las 24 horas.

Es posible que se enferme o se lesione mientras está de viaje. A continuación encontrará algunos consejos sobre qué hacer si le ocurriera esto.

- Si se trata de una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

- Si no es una emergencia, llame a su PCP para pedirle ayuda y asesoramiento.
- Si no tiene la certeza de que se trate de una emergencia, llame a su PCP o a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-648-8097 (TTY: 711). Podemos ayudarle a decidir qué hacer, por ejemplo:
 - Indicarle qué hacer en casa.
 - Indicarle que vaya al consultorio del PCP.
 - Indicarle que vaya a la sala de cuidado de urgencia o de emergencias más cercana.

Si acude a un centro de cuidado de urgencia, llame a su PCP en cuanto le sea posible. Hágale saber sobre su visita.

**Recuerde: acuda al Departamento de Emergencias únicamente si tiene una emergencia.

Cuidado médico posterior a la estabilización

El cuidado médico posterior a la estabilización es el cuidado que recibe después de los servicios de emergencia médica. Este cuidado le ayuda a sanar o a mejorar su problema de salud, o a evitar que empeore. No importa si recibe cuidado médico en casos de emergencia dentro o fuera de nuestra red. Cubriremos los servicios necesarios por razones médicas después de una emergencia. Debe recibir cuidado hasta que su afección se estabilice.

Cuidado de urgencia

Puede que tenga una lesión o una enfermedad que no es de emergencia, pero que de todos modos necesita cuidado inmediato. Estos son algunos ejemplos:

Un niño con dolor de oído que se despierta en medio de la noche y no deja de llorar	Influenza o si necesita puntos de sutura
Un esguince de tobillo o una férula en malas condiciones que no se puede quitar	

Puede ir a una clínica de cuidado de urgencia para recibir cuidado ese mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que se encuentre en casa o de viaje, llame a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para afiliados. Infórmele a la persona que responde lo que está sucediendo. Esta persona le dirá qué hacer.

Servicios de cuidado virtual (Telehealth)

MDLIVE® MDLIVE®

¿No puede visitar a su médico habitual de inmediato? Puede ponerse en contacto con médicos certificados las 24 horas del día, los siete días de la semana, mediante consultas virtuales con MDLIVE®.

Visite www.MDLIVE.com/HumanaMedicaid*, cree una cuenta y conéctese con un médico.

MDLIVE® puede proporcionar tratamiento para distintas necesidades de cuidado de la salud, como síntomas de resfriado e influenza, ajustes de medicamentos, repetir las recetas y afecciones de la piel, sin tener que ver a nadie en persona.

Recibir cuidado de MDLIVE® es fácil.

- Visite www.MDLIVE.com/HumanaMedicaid*, cree una cuenta y conéctese con un médico
- Llame al **1-844-403-0556 (TTY: 711)**, 24 horas al día, siete días a la semana
- Descargue la aplicación móvil MDLIVE de la App Store® o de Google Play®*

*Se requiere acceso a Internet

Todos los médicos de MDLIVE® están certificados y tienen licencia estatal, y son expertos en consultas virtuales con sus pacientes.

Cuidado a largo plazo

Si necesita servicios en un centro de enfermería para cuidado a largo plazo, le ayudaremos. Nos comunicaremos con su médico y con el centro especializado para garantizar que usted reciba los cuidados que necesita. Una vez admitido en el centro de enfermería, Humana Healthy Horizons cubrirá los servicios de médicos, terapia, oxígeno, etc. mientras esté afiliado a nosotros. Recuerde que, después de treinta (30) días de recibir cuidado a largo plazo, tal vez usted ya no sea elegible para el plan Humana Healthy Horizons. Sus servicios en el centro de enfermería estarán cubiertos por el Gabinete de servicios de salud y la familia. Si necesita información adicional, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711).

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a una segunda opinión con respecto a su tratamiento, incluidos los procedimientos quirúrgicos y el tratamiento de enfermedades complicadas o afecciones crónicas. Una segunda opinión significa conversar con un médico diferente sobre un problema para conocer su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si determinados servicios o tratamientos son adecuados para usted. Infórmele a su PCP si desea tener una segunda opinión.

Puede elegir a cualquier médico tanto dentro como fuera de nuestra red para tener una segunda opinión. Si no puede encontrar un médico en nuestra red, le ayudaremos a hacerlo. Si necesita consultar a un médico que no pertenece a la red de Humana Healthy Horizons para tener una segunda opinión, debe obtener nuestra aprobación previa (consulte la página 13).

Todos los estudios que se realice para obtener una segunda opinión deben ser solicitados por un médico que pertenezca a nuestra red. Los estudios solicitados por el médico que le ofrece una segunda opinión deben tener la aprobación previa de Humana Healthy Horizons. Su PCP analizará la segunda opinión y le ayudará a decidir el mejor tratamiento.

Embarazo y planificación familiar

Humana Healthy Horizons desea que tenga acceso al cuidado de la salud reproductiva. Estos servicios son de carácter confidencial y privados para todos los afiliados, independientemente de su edad. Para aprovechar los servicios y beneficios que ofrecemos, proceda de la siguiente manera.

Enfermedades de transmisión sexual

La detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual son un servicio que se presta sin la necesidad de un referido. Puede consultar a un proveedor que no pertenezca a la red de Humana Healthy Horizons.

Servicios de planificación familiar

Humana Healthy Horizons ofrece acceso a servicios de planificación familiar, que se proporcionan de manera tal que le protegen y permiten elegir el método de planificación familiar que desee.

Puede recibir servicios de planificación familiar. Puede consultar a un proveedor que no pertenezca a la red de Humana Healthy Horizons.

Las citas para recibir orientación y servicios médicos están disponibles cuanto antes en un plazo de treinta (30) días. Si no es posible recibir servicios médicos completos para afiliados menores de 18 años con poca antelación, se proporcionará orientación y una cita médica de inmediato, preferentemente dentro de los diez (10) días. También se proporcionan servicios de planificación familiar en centros de salud acreditados de planificación familiar asociados a nosotros (p. ej., Planned Parenthood) que pueden no formar parte de la red de asociados médicos de Humana Healthy Horizons. Los servicios de planificación familiar y todos los servicios de seguimiento son confidenciales para usted, incluso para los afiliados menores de 18 años.

Antes de estar embarazada

Nunca es demasiado temprano para prepararse para un embarazo saludable. Si considera la posibilidad de tener un bebé, puede adoptar algunas medidas ahora para estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada a fin de reducir posibles problemas durante el embarazo.

- Programe una cita para visitar a su médico y realizarse un examen físico.
- Hable con su médico sobre lo que hace que una dieta sea saludable.
- Converse con su médico sobre los medicamentos que toma actualmente.
- No beba alcohol, no fume y tampoco consuma drogas ilícitas.

Si está embarazada, programe una cita con un obstetra. En el Directorio de proveedores encontrará obstetras. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711). Asegúrese de programar una cita en cuanto sepa que está embarazada.

Nuestras afiliadas embarazadas tienen acceso a nuestro Programa “Moms First” (Primero las Mamás). Puede obtener más información más adelante en esta guía.

Después del nacimiento del bebé

¡Felicidades! Comuníquese con el Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS, por sus siglas en inglés) para informar que ha tenido un bebé.

Puede comunicarse con el DCBS llamando al 1-855-306-8959 (TTY: 711). Si recibe ingresos del Seguro Social, necesitará presentar una solicitud al DCBS para asegurarse de que su bebé reciba beneficios.

También es importante hacerse un control posparto con su obstetra. El obstetra se asegurará de que su organismo está sanando y recuperándose del parto. Llame a su obstetra para programar una cita 4 a 6 semanas después del nacimiento del bebé. Si su parto fue por cesárea o si tuvo problemas durante el parto, programe su cita para la primera o segunda semana después del nacimiento del bebé.



Beneficio de medicamentos recetados

Su beneficio de medicamentos es provisto por MedImpact y Kentucky Medicaid.

Humana Healthy Horizons in Kentucky trabaja con un administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), MedImpact Healthcare Systems, Inc., que atiende a todos los afiliados en la atención administrada. Su equipo de servicios para afiliados está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-800-210-7628.

Su tarjeta de identificación contiene información importante para su farmacia. Si no tiene su nueva tarjeta de identificación, puede seguir yendo a la farmacia. Dígales que tiene Medicaid y el farmacéutico podrá llamar a MedImpact para obtener la información necesaria. Antes de ir, asegúrese de que la farmacia acepte KY Medicaid. Para encontrar una farmacia o comprobar la cobertura, visite <https://kyportal.Medimpact.com>.

El sitio web de MedImpact proporciona respuestas a muchas de las preguntas que usted pudiera tener acerca de su beneficio de farmacia. Puede acceder al sitio web de MedImpact a través de una computadora o un dispositivo móvil. Solo debe ingresar el enlace al sitio web que se menciona anteriormente y este le llevará a una página de bienvenida del Departamento de Servicios de Medicaid alojada por MedImpact. Una vez allí, podrá crear su propia cuenta. Para ello, debe hacer clic en el enlace “Portal de afiliados” que se encuentra en la parte superior de la página web. Esto le llevará a otra página donde tendrá la opción de crear una cuenta personalizada. En la página de inicio de sesión, haga clic en “Crear una cuenta”, justo debajo del botón “COMENZAR”.

La creación de una cuenta es la mejor manera de revisar sus beneficios de farmacia en línea. Sin embargo, muchas de sus preguntas se pueden responder sin crear una cuenta. En la parte inferior de la página web de MedImpact, en la sección de afiliados, encontrará tres enlaces que son muy útiles. Estos son “Recursos”, “Herramientas” y “Contacto”.

En el enlace Recursos, encontrará documentos que podrá descargar, como la Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés), la Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), los Criterios de autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) y la Lista de medicamentos preferidos de suministros para diabéticos, entre otra información importante sobre su beneficio de farmacia.

En el enlace Herramientas, puede verificar rápidamente la cobertura de medicamentos y encontrar una farmacia cerca de usted que acepte su beneficio.

En el enlace Contacto, puede encontrar números de teléfono importantes para hablar con alguien de su plan si tiene preguntas médicas o con alguien de MedImpact si tiene preguntas o inquietudes de farmacia.

Le recomendamos que se tome unos minutos para revisar el sitio web de MedImpact y familiarizarse con su beneficio de farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre el sitio web de MedImpact o su beneficio de farmacia, MedImpact está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-800-210-7628.

Servicios de salud del comportamiento y mental

La salud del comportamiento y mental es una parte importante de su bienestar general. Nuestra meta es ayudarle a ocuparse de todas sus necesidades de salud. Deseamos asegurarnos de que usted reciba el cuidado adecuado para ayudarle a mantenerse bien.

Puede tener a su disposición muchos servicios de salud del comportamiento y mental. Estos incluyen los siguientes:

- Servicios para pacientes ambulatorios como, por ejemplo, orientación para personas, grupos y familias.
- Apoyo entre pares.
- Ayuda con los medicamentos.
- Detección y evaluación de consumo de medicamentos y alcohol.
- Servicios de consumo de sustancias para todas las edades, incluidos los servicios domiciliarios.
- Programas terapéuticos de rehabilitación (TRP, por sus siglas en inglés).
- Tratamiento de día para menores de 21 años.
- Evaluaciones psicológicas.
- Intervención en casos de crisis.
- Otros servicios de apoyo de la comunidad para ayudarle a sentirse mejor.

Pedir ayuda está bien. Puede utilizar los servicios de cuidado de la salud del comportamiento y mental para ayudarle a sobrellevar todo tipo de problemas. Estos problemas pueden incluir estrés, trauma, preocupaciones o tristeza. Algunas veces, simplemente necesita alguien con quien hablar. Podemos ayudarle a determinar qué tipo de cuidado necesita y a comunicarse con un proveedor con experiencia.

Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711). Un miembro de nuestro personal puede ayudarle a encontrar un proveedor o a programar una cita. Los servicios de intervención en casos de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo llamar al 1-833-801-7355.

Cuidados fuera de Kentucky

En algunos casos, podemos pagar por los servicios de cuidado de la salud que reciba de un proveedor que esté en el límite del estado de Kentucky o en otro estado. Si fuera necesario, Humana Healthy Horizons y su PCP pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Kentucky, y cómo puede acceder a ellos.

- Si necesita cuidado médico en casos de emergencia mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos, pagaremos por su cuidado.
- No pagaremos por el cuidado que reciba fuera de los Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir cuidado fuera de Kentucky o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY:711).

Parte II: Sus beneficios: Qué cubre el plan Humana Healthy Horizons

Cubrimos todos los servicios necesarios por razones médicas con cobertura de Medicaid. Estos servicios son equivalentes a los que se prestan a los afiliados de Medicaid según el programa de servicios con arancel y por las mismas cantidades, plazos y alcance. Los servicios deben responder a sus necesidades de salud como prescribe su médico, ayudarlo a alcanzar el crecimiento y desarrollo adecuados para cada edad y a lograr, mantener o recobrar su capacidad funcional. Los servicios que apoyan a personas con enfermedades en curso o afecciones crónicas, o a personas que reciben servicios y apoyo a largo plazo se autorizan de manera tal que reflejen la necesidad permanente de recibir tales servicios y apoyo.

A continuación, encontrará detalles relacionados con los servicios cubiertos y no cubiertos. Le recomendamos que consulte esta guía si necesita orientación en un futuro.

Beneficios

Sus beneficios para la salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red para que pueda utilizar los servicios cubiertos que necesita. Puede llamar al 1-800-444-9137 (TTY:711) para obtener ayuda si:

- Necesita realizarse un examen físico o vacunarse.
- Tiene una afección médica (por ejemplo, diabetes, cáncer, problemas del corazón).
- Está embarazada.
- Está enfermo o lesionado.
- Sufre un trastorno por consumo de sustancias o tiene necesidades relacionadas con la salud del comportamiento.
- Necesita ayuda para realizar tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida diaria.
- Necesita ayuda para acudir al consultorio del médico.
- Necesita medicamentos.

La siguiente sección describe los servicios específicos cubiertos por Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, pregúntele a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o llame a Servicios para afiliados.

Servicios cubiertos por la red de Humana Healthy Horizons

Los siguientes servicios deben obtenerse de los proveedores que están en nuestra red de proveedores. Los servicios deben ser necesarios por razones médicas, y proporcionados y administrados por su PCP. Consulte la página 30 para obtener más información sobre los requisitos de referido. Hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados si tiene preguntas o necesita ayuda con algún servicio de salud.

Cuidado de la salud habitual

- Consultas médicas a su PCP, incluidos los exámenes médicos y pruebas regulares, y las pruebas de laboratorio rutinarias.
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal a partir de los 45 años de edad, según lo recomendado por su PCP.
- Exámenes de la vista o auditivos.
- Cuidado preventivo de bebés.
- Cuidado preventivo infantil.
- Vacunas para niños y adultos.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para miembros menores de 21 años (consulte la página 55 para obtener más información sobre los servicios de EPSDT).
- Ayuda para dejar de fumar o de consumir tabaco de mascar.

Cuidado de maternidad

- Cuidado médico durante el embarazo.
- Clases de educación para el parto.
- Servicios de obstetricia y ginecología, y servicios de hospital.
- Una visita a domicilio necesaria por razones médicas para el cuidado y la evaluación del recién nacido después del alta (pero a más tardar 60 días después del parto).
- Servicios de coordinación del cuidado de la salud para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y dos meses después del parto.
- Cuidado hospitalario.
- Cuidado de hospitalización.
- Cuidado ambulatorio.
- Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas.

Servicios de salud en el hogar

- Deben ser necesarios por razones médicas y solicitados por su médico.
- Servicios de enfermería especializada por tiempo limitado.
- Terapias especializadas, que incluyen terapia física, terapia para patologías del habla y el lenguaje, y terapia ocupacional.
- Servicios de asistente de cuidado de la salud en el hogar (ayuda con actividades como bañarse, vestirse, preparar comidas y actividades de limpieza).
- Suministros médicos.

Servicios de cuidado personal o enfermería privada

- Deben ser necesarios por razones médicas y solicitados por su médico.
- Ayuda para realizar las actividades comunes de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse, para personas con discapacidades y afecciones médicas en curso.

Cuidado en hospicio

- El hospicio ayuda a los pacientes y a sus familias a satisfacer las necesidades especiales que se presentan durante las etapas finales de la enfermedad.
- El hospicio proporciona cuidado médico, de apoyo y paliativo a personas con enfermedades terminales y a sus familias o cuidadores.
- Puede obtener estos servicios en su hogar, en un hospital o en un hogar de ancianos.

Cuidado de la vista

- Servicios prestados por oftalmólogos y optometristas, como exámenes de la vista rutinarios y lentes necesarias por razones médicas.
- Visitas a especialistas para enfermedades de la vista.

Farmacia

- Medicamentos recetados.
- Algunos medicamentos que se venden sin receta médica (también llamados “de venta libre”), como los medicamentos para las alergias.
- Insulina y otros suministros para diabéticos (como jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas).
- Productos para dejar de fumar, incluidos los productos de venta libre.
- Alimentación por sonda nasogástrica.
- Anticoncepción.
- Suministros médicos y quirúrgicos.

Cuidado médico en casos de emergencia

- Los servicios de cuidado médico en casos de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido cuidado médico en casos de emergencia, es posible que necesite otro tipo de cuidado para asegurarse de que se mantiene en condiciones estables.
- Según sea la necesidad, es posible que reciba tratamiento en el Departamento de Emergencias, en una sala de hospitalización o en otro entorno.

Cuidado especializado

- Servicios de cuidado respiratorio.
- Servicios de podología.
- Servicios quiroprácticos.
- Servicios de cuidado cardíaco.
- Servicios quirúrgicos.

Servicios de enfermería en el hogar

- Humana Healthy Horizons cubrirá servicios como servicios médicos, servicios de terapia, oxígeno, etc.
- Deben ser solicitados por un médico y estar autorizados por Humana Healthy Horizons.
- Incluyen hospitalizaciones a corto plazo o de rehabilitación.
- Usted debe recibir este cuidado en un hogar de ancianos que esté dentro de nuestra red de proveedores.
- Para obtener más información, consulte la sección Cuidado a largo plazo de esta guía.

Servicios de salud del comportamiento y servicios para trastornos por consumo de sustancias

El cuidado de salud del comportamiento incluye servicios de tratamiento de la salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social), trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y rehabilitación. Todos los miembros tienen acceso a servicios de ayuda para problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o de ayuda para trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios de salud del comportamiento.
 - o Servicios para ayudar a determinar si usted tiene una necesidad de salud mental (servicios de evaluación de diagnóstico)
 - o Terapia individual, familiar y de grupo
 - o Servicios móviles de gestión de crisis
 - o Programas para crisis en centros
 - o Servicios especializados de salud del comportamiento para niños autistas
 - o Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios
 - o Servicios de sala de emergencias de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios

- o Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados
- o Tratamiento intensivo para la salud del comportamiento basado en la investigación
- o Hospitalización parcial
- o Otros servicios de apoyo tales como estos: apoyo entre pares, apoyo comunitario integral y manejo de casos identificados

- Servicios para trastornos por consumo de sustancias.

- o Tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios
- o Manejo de desintoxicación para pacientes ambulatorios
- o Manejo médico de desintoxicación no hospitalario
- o Estabilización de crisis durante el manejo de desintoxicación en centros de tratamiento para el abuso de alcohol y drogas
- o Servicios de apoyo entre pares y manejo de casos identificados

Si considera que necesita acceso a servicios de salud del comportamiento más intensivos que los que proporciona Humana Healthy Horizons, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY:711).

Servicios de transporte

Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

Humana Healthy Horizons cubre el traslado en ambulancia de ida y vuelta de sus citas médicas cuando su proveedor indica que usted debe ser trasladado en una camilla y que no puede hacerlo en un automóvil. El traslado está cubierto para las citas médicas si usted está postrado en cama o paralizado. Debe obtener autorización previa para recibir servicios de ambulancia o traslado en camilla que no son de emergencia. Si considera que necesita acceso a servicios de ambulancia o de camilla que no son de emergencia, llame a Servicios para afiliados.

Cómo obtener transporte que no sea de emergencia

Kentucky Medicaid pagará para llevar a algunos afiliados a recibir los servicios médicos cubiertos por Kentucky Medicaid. Si necesita un traslado, debe hablar con la agencia de transporte de su condado para programarlo.

Para solicitar servicios de traslado que no son de emergencia, llame al 1-888-941-7433 para que le ayuden con el servicio de traslado más próximo y disponible para usted.

Cada condado de Kentucky tiene una agencia de transporte. Puede usar la agencia de transporte para solicitar un traslado únicamente si no puede usar su propio automóvil o no tiene uno. Si no puede usar su automóvil, debe obtener una nota para la agencia de transporte, que explique el motivo por el cual no puede utilizar su automóvil. Si necesita

un traslado por parte de una agencia de transporte y usted o algún integrante de su grupo familiar tiene un automóvil, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una nota al médico que indique que no puede conducir.
- Solicitar una nota al mecánico si el automóvil no funciona.
- Solicitar una nota a su jefe o al director de la escuela si otra persona necesita el automóvil para ir a trabajar o a la escuela.
- Solicitar una copia de la matrícula si su automóvil está fuera de uso.
- Kentucky Medicaid no cubre los traslados para recoger recetas.

Para obtener una lista de las agencias de transporte y su información de contacto, visite el sitio web <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpo/bpb/Pages/transportation.aspx> o llame a Kentucky Medicaid al **1-800-635-2570**. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, llame al Gabinete de Transporte de Kentucky al **1-888 941-7433**.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este, y sábados de 8 a. m. a 1 p. m., hora del este. Si necesita un traslado, debe llamar con 72 horas de antelación. Si debe cancelar una cita, llame a la agencia tan pronto como sea posible para cancelar el viaje.

Siempre debe tratar de acudir a un centro médico que le quede cerca. Si necesita cuidado médico por parte de alguien que se encuentra fuera de su área de servicio, debe solicitar una nota a su PCP. La nota debe indicar el motivo por el cual es importante que se traslade fuera de su área (su área incluye su condado y los condados adjuntos).

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier manera, no necesita un referido de su PCP. Puede obtener anticonceptivos y dispositivos anticonceptivos (DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros) disponibles con una receta médica, así como servicios de anticoncepción y esterilización de emergencia. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para realizarse las pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como para recibir tratamiento y asesoramiento en función de los resultados. Las pruebas de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las consultas de planificación familiar.

Otros servicios cubiertos

- Equipos médicos duraderos/prótesis/órtesis.
- Productos y servicios de audición.
- Telesalud.
- Apoyo adicional para manejar su salud.
- Terapia de infusión en el hogar.
- Servicios de una clínica de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés).

- Servicios de un centro de salud con calificación federal (FQHC, por sus siglas en inglés).
- Servicios clínicos gratuitos.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios mencionados anteriormente, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados.

Beneficios que ofrece el Estado

Humana Healthy Horizons proporcionará la mayoría de los servicios que ofrece Medicaid. Kentucky Medicaid seguirá proporcionando algunos servicios. Usted deberá utilizar su tarjeta de identificación de Medicaid para estos servicios. Estos servicios son los siguientes:

- **“First Steps” (Primeros Pasos):** un programa que ofrece servicios a niños recién nacidos hasta los 3 años que padecen discapacidades del desarrollo y a sus familias a través de servicios de diferentes agencias comunitarias. Llame al 877-417-8377 o al 877-41-STEPPS para obtener más información.
- **HANDS (Servicios de Acceso a la Salud para la Educación y el Desarrollo):** este es un programa voluntario de visitas a domicilio para padres recientes y futuros. Comuníquese con el departamento de salud de su localidad para obtener información y conocer los recursos.
- **Transporte médico que no es de emergencia:** si no tiene una forma de acudir a su cita de cuidado de la salud, puede obtener la ayuda de una compañía de transporte. Llame al 1-888-941-7433 para obtener ayuda o consulte el sitio web <http://chfs.ky.gov/dms/trans.htm> para obtener una lista de agencias o empresas de transporte y conocer cómo comunicarse con ellas.
- **Servicios para niños en la escuela:** estos servicios están destinados a niños de 3 a 21 años que son elegibles en virtud de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) y cuentan con un Plan de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés). Estos servicios incluyen terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física y servicios de salud del comportamiento (mental).

Apoyo adicional para manejar su salud

Servicios de manejo de la salud de la población a su disposición

Nos preocupamos por usted y nos esforzamos por ofrecerle soluciones para los problemas que enfrenta a diario; para ello, proporcionamos servicios de valor añadido como estos:

- Un programa de recompensas por comportamientos saludables.
- Herramientas digitales para que usted mismo pueda manejar su salud.
- Servicios de la vista extendidos.
- Un programa de control del peso.
- Preparación de pruebas GED.

- Servicios de cancelación de antecedentes penales.
- Manejo de casos.
- Manejo de enfermedades.
- Apoyo para los determinantes sociales de la salud.

Coordinación del cuidado de la salud y servicios de extensión

Ofrecemos servicios de Coordinación del cuidado de la salud a todos los afiliados que pueden beneficiarse con este servicio. Los afiliados también pueden autorreferirse. Los niños y adultos con necesidades de cuidado de la salud especiales a menudo se benefician con la coordinación del cuidado de la salud. Nuestro equipo de enfermeros registrados, asistentes sociales y otros trabajadores de extensión puede trabajar con usted de manera personalizada para coordinar el cuidado de su salud. Esto puede incluir ayudarle a encontrar los recursos comunitarios que necesita. Pueden comunicarse con usted en estos casos:

- Su médico nos pide que nos comuniquemos con usted.
- Usted nos pide que nos comuniquemos con usted.
- Nuestro personal considera que este servicio resultaría útil tanto a usted como a su familia.

Los servicios de Coordinación del cuidado de la salud pueden hacer lo siguiente:

- Coordinar sus citas y ayudarle a organizar el transporte hacia y desde el médico.
- Ayudarle a lograr sus metas para manejar mejor sus afecciones médicas actuales.
- Responder preguntas acerca del efecto de los medicamentos y cómo tomarlos.
- Hacer un seguimiento con sus médicos o especialistas sobre su cuidado.
- Conectarle con recursos útiles en su comunidad.
- Ayudarle a continuar recibiendo el cuidado que necesita si cambia de plan de salud o de médicos.
- Ayudarle a determinar cuándo solicitar cuidado médico por parte de su PCP, cuidado de urgencia o una sala de emergencias.

Humana Healthy Horizons también puede conectarle con un coordinador de cuidado que esté especialmente capacitado para brindar asistencia a estas personas:

- Personas que necesitan acceso a servicios como cuidado en hogares de ancianos o servicios de cuidado personal para ayudarles a realizar las actividades diarias de la vida (como comer o bañarse) y las tareas del hogar.
- Mujeres embarazadas con determinados problemas de salud (como diabetes) u otras preocupaciones (como querer ayuda para dejar de fumar).
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años que pueden vivir en situaciones estresantes o padecer determinadas afecciones médicas o discapacidades.

Es posible que un miembro del equipo de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) sea su coordinador de cuidado. Para obtener más información sobre cómo puede recibir apoyo adicional para manejar su salud, hable con su PCP o llame a los servicios de apoyo de Coordinación del cuidado de la salud través de Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a KYMCDCaseManagement@humana.com.

Coordinación del cuidado de la salud complejo

Los afiliados a Humana Healthy Horizons pueden ser elegibles para recibir servicios de coordinación del cuidado de la salud complejo si son internados en varias oportunidades o si tienen necesidades médicas complejas que requieren asistencia frecuente y permanente. El Manejo de cuidados médicos complejos proporciona apoyo a los afiliados que tienen necesidades clínicas, conductuales, funcionales o sociales complejas, que tienen los factores de riesgo más altos, tales como varias condiciones, o toman varios medicamentos, y este apoyo se proporciona dentro de múltiples sistemas que, a menudo, tienen los costos más elevados.

Las intervenciones requeridas son más intensivas. Un equipo de médicos, enfermeras, asistentes sociales y asociados de servicios comunitarios está disponible para garantizar que se satisfagan sus necesidades y se realicen los esfuerzos necesarios a fin de mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud es opcional.

Para obtener información adicional sobre el programa de Manejo de casos complejos, cómo autorreferirse o excluirse voluntariamente del programa de Manejo de casos complejos, puede comunicarse por teléfono con nuestros Servicios para afiliados al 1-800-444-9137.

Manejo de afecciones crónicas

Humana Healthy Horizons proporciona a los afiliados servicios que pretenden reducir los costos del cuidado de la salud y mejorar la calidad de vida de los afiliados que tienen una afección crónica mediante el cuidado integrador. La coordinación del cuidado ayuda a los afiliados a abordar posibles comorbilidades u otras complicaciones, y los ayuda a evitar complicaciones. Un equipo de médicos, asistentes sociales y asociados de servicios comunitarios está disponible para garantizar que se satisfagan sus necesidades y se realicen los esfuerzos necesarios a fin de mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud es opcional.

Manejo de enfermedades

Ofrecemos programas gratuitos de Manejo de enfermedades. Podemos ayudarle a aprender sobre su afección médica y cómo ocuparse mejor de su salud. Tenemos programas para lo siguiente:

- Asma
- Enfermedad del corazón
- Diabetes

- EPOC
- Hipertensión
- VIH/sida
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia

Podemos hacer esto:

- Ayudarle a comprender la importancia de controlar la enfermedad.
- Sugerirle cómo cuidar bien de sí mismo.
- Promover elecciones de estilo de vida saludables.

Para obtener información adicional sobre nuestro Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud, cómo autorreferirse a cualquiera de nuestros Programas de Coordinación del Cuidado de la Salud o retirarse voluntariamente de cualquiera de nuestros Programas de Coordinación del Cuidado de la Salud, puede comunicarse por teléfono con los servicios de apoyo de Coordinación del cuidado de la salud a través de los Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY:711) o envíe un correo electrónico a KYMCDCaseManagement@humana.com.

Ayuda con problemas que no requieren cuidados médicos

Puede ser difícil enfocarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Humana Healthy Horizons puede conectarlo con recursos comunitarios para ayudarle a manejar problemas que no requieren cuidados médicos.

Llame a nuestro Servicio para afiliados si sucede lo siguiente:

- Le preocupan sus condiciones de vivienda o de vida.
- Tiene dificultades para conseguir suficiente comida para alimentarse o alimentar a su familia.
- Tiene dificultades para acudir a las citas, al trabajo o la escuela por problemas de transporte.
- Se siente inseguro o sufre violencia doméstica (si está en peligro inmediato, llame al 911).

Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable

Programa “Moms First”

Nuestro Programa “Moms First” (Primero las Mamás) brinda asistencia a las afiliadas embarazadas durante y después del embarazo. Personalizamos este programa según cada afiliada embarazada para asegurarnos de que reciba el cuidado que necesita, como apoyo adicional por parte de una enfermera, comidas postparto, recursos de embarazo y planificación familiar, tarjetas de regalo y una cuna portátil.

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., hora del este para obtener más información e inscribirse en el Programa “Moms First”. Consulte la tabla que comienza en la página 52 para obtener más información.

Control del peso

Nuestro programa de control del peso ofrece tiempo personalizado con un orientador para ayudarle a alcanzar sus metas. Está disponible para cualquier afiliado de Medicaid mayor de 12 años. Para obtener más información, llame al 1-877-264-2550 y presione 2 para recibir orientación sobre el control del peso.

Consulte la tabla Go365 for Humana Healthy Horizons que comienza en la página 52, para obtener más información.

Programa para abandonar el tabaco

Si usted fuma o utiliza otros productos del tabaco, Humana Healthy Horizons puede ayudarle a abandonar ese hábito. Dejar de fumar es una de las medidas más importantes que puede tomar para mejorar su salud y la salud de sus seres queridos. ¡No tiene ninguna razón para hacerlo solo! Le proporcionaremos orientadores. Su orientador le ayudará en su compromiso para dejar de fumar.

Los orientadores le escucharán, ayudarán a entender sus hábitos y colaborarán con usted para tomar medidas. Su médico también puede recomendarle medicamentos para probar. Para comunicarse con un orientador que pueda ayudarle a dejar de fumar, llame al 1-877-264-2550 (TTY: 711). Si está embarazada, llame al 1-877-264-2550 (TTY: 711) para obtener ayuda para dejar de fumar.

Transiciones en el cuidado

Si está internado, le ofrecemos un programa para ayudarle antes de retirarse del hospital. Podemos hacer esto:

- Responder todas sus preguntas con respecto a su salida del hospital.
- Responder sus preguntas sobre los medicamentos que le receta su médico.
- Ayudarle a programar las citas con su médico.
- Ayudarle a organizar la ayuda que necesite cuando regrese a su domicilio.

Si usted o un familiar necesitan ayuda cuando usted regresa del hospital, o si usted necesita ayuda en la transición a su domicilio desde otros lugares donde recibió tratamiento, tenga a

bien hacérselo saber. Puede llamar a un miembro del equipo de ayuda de Coordinación del Cuidado de la Salud a través de los Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a KYMCDCaseManagement@humana.com.

Beneficios adicionales

Servicios de valor añadido

¡Como afiliado de Humana obtiene más! Recibe estos beneficios, herramientas y servicios adicionales sin costo alguno.

Todos los Beneficios, servicios y recompensas saludables de valor añadido están sujetos a cambios, con previo aviso a los afiliados.

Servicios de valor añadido	Detalles
Servicios de teléfono celular	<p>Servicio gratuito de Tracfone a través del programa federal, por hogar. Los afiliados menores de 18 años deberán contar con un padre o tutor para inscribirse.</p> <p>Este beneficio cubre: 1 teléfono, 1 cargador, 1 juego de instrucciones, 350 minutos de llamadas por mes, 4.5GB de datos por mes, mensajes de texto ilimitados por mes, capacitación para usted y su cuidador en la primera visita de orientación para administradores de casos, llamadas a Servicios para afiliados de Humana de ayuda para plan de salud y 911 para emergencias sin costo, aunque se agoten los minutos; debe realizar al menos 1 llamada telefónica o enviar 1 mensaje de texto por mes para mantener su beneficio.</p> <p>Los afiliados bajo manejo de casos y enfermedades pueden ser elegibles para tener minutos ilimitados y 4 GB adicionales de datos tras la aprobación del plan</p> <p>Los beneficios están sujetos a cambios por parte de la FCC bajo el programa Lifeline</p>
Servicios de cancelación de antecedentes penales	<p>Para los afiliados de 21 años de edad y mayores, reembolso de hasta \$340 por la cancelación de antecedentes penales, según lo permite KYCourts.gov.</p>
Servicios dentales para adultos	<p>1 limpieza adicional por año para afiliados de 21 años de edad y mayores.</p>
Servicios de doula	<p>Asistencia de doula para proporcionar apoyo emocional y físico a la madre en trabajo de parto y a su familia, 4 visitas prenatales, 4 visitas posparto y 1 visita de asistencia durante el parto por embarazo.</p>

Servicios de valor añadido	Detalles
Pruebas GED	Asistencia para la preparación de las pruebas de desarrollo educativo general (General Educational Development, GED) para los afiliados de 18 años de edad y mayores, incluido un asesor bilingüe, acceso a material de orientación y estudio, y uso ilimitado de pruebas de práctica. La asistencia para la preparación de las pruebas se proporciona de manera virtual para permitir la máxima flexibilidad para los afiliados. También incluye la garantía de aprobación de la prueba para proporcionar a los afiliados múltiples intentos para aprobarla.
Cuna portátil	Las mujeres embarazadas afiliadas que se inscriben en el Programa de coordinación del cuidado de la salud “Moms First” (Primero las Mamás) y que completan 6 visitas prenatales son elegibles para una cuna portátil por bebé por embarazo
Comidas después de la hospitalización	Hasta 10 comidas enviadas al hogar para los afiliados que reciben el alta de un centro hospitalario o residencial, limitadas a 4 altas por año.
Vida Health - Una aplicación para teléfonos inteligentes	Para los afiliados mayores de 18 años que tienen diabetes tipo 2 y que actualmente no reciben servicios de manejo de cuidado, acceso ilimitado a una innovadora aplicación terapéutica digital para teléfonos inteligentes, para el manejo de la diabetes
Pacify - Una aplicación para teléfonos inteligentes	Para las mujeres embarazadas afiliadas y para afiliadas con un hijo de hasta 1 año, acceso ilimitado a una aplicación para teléfonos inteligentes que proporciona acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a un sistema de derivación de llamadas patentado y habilitado por video que les permite conectarse con un consultor de lactancia o un sustituto del médico para recibir asistencia bajo demanda.
Examen físico deportivo	1 examen físico deportivo al año para los afiliados de 6 a 18 años.
Go365 – Orientación para el bienestar, ayuda para dejar de fumar	<p>Acceso al Equipo de Orientación de Bienestar mediante Go365 para participar en el programa para dejar de fumar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todos los afiliados mayores de 12 años, hasta 8 llamadas de orientación y apoyo para dejar de fumar dentro de los 12 meses a partir de la primera sesión de orientación. • Para los afiliados mayores de 18 años, terapia de reemplazo de nicotina disponible a pedido.
Servicios de la vista para adultos	Anteojos (monturas y lentes) cada 24 meses para los afiliados de 21 años de edad y mayores.

Servicios de valor añadido	Detalles
Go365 – Orientación para el bienestar, control de peso	Inscripción en el Programa de control de peso, realización de un examen médico de bienestar y un formulario con su PCP, realización de 6 llamadas totales de orientación de bienestar dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inscripción o la devolución del formulario de PCP y un examen médico final de bienestar y formulario con su PCP.
Programa de desarrollo de la fuerza laboral de Humana	<p>El Programa de desarrollo de la fuerza laboral de Humana proporcionará a los afiliados de 21 años de edad y mayores hasta 12 meses de asistencia para apoyar a cada participante en la planificación para el futuro (por ejemplo, educación, capacitación, asesoramiento financiero) y participar y mantener un trabajo significativo (p. ej., apoyo laboral y capacitación de retención).</p> <p>Hay espacio limitado disponible.</p> <p>Humana identifica a los afiliados que pueden cumplir con los criterios para participar en este programa basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus respuestas a las preguntas de la Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) • Referido de un administrador de cuidado de Humana • Referencia propia de los afiliados <p>Un Capacitador de empleo del programa de desarrollo de la fuerza laboral se pone en contacto con los posibles afiliados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar una evaluación del empleo • Determinar si el afiliado cumple con los criterios de participación • Determinar el interés <p>Después de afiliarse al programa, a los afiliados se les asigna un Capacitador de empleo.</p> <p>Para solicitar la participación en el Programa de desarrollo de la fuerza laboral de Humana:</p> <p>Envíe un correo electrónico a KYMCDPopulationhealth@humana.com</p> <p>Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711)</p>

Servicios de valor añadido	Detalles
	<p>Los correos electrónicos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Fuerza de trabajo” en la línea del asunto • Número de identificación del afiliado (que puede encontrar al dorso de su tarjeta de identificación) • Breve descripción de la razón por la que desea participar en el programa <p>Los cuidadores afiliados de 21 años de edad y mayores que participen en el programa Humana Workforce (Fuerza laboral de Humana) pueden ser elegibles para recibir un reembolso de hasta \$40 por trimestre por el cuidado infantil durante la búsqueda de oportunidades de empleo, limitado a 4 veces al año</p>

Para obtener más detalles sobre cómo acceder a estos servicios y beneficios de valor añadido, llame por teléfono a Servicios para afiliados, al 1-800-444-9137 o TTY: 711.

Pacify

Humana Healthy Horizons in Kentucky ofrece acceso a las membresías de Pacify – ¡sin ningún costo! Pacify es una aplicación móvil para nuestras afiliadas embarazadas y nuestras nuevas madres.

Pacify lo conecta con:

Consultores de lactancia de Pacify: Disponible las **24 horas del día, los 7 días de la semana** a través de videos para apoyar la lactancia materna y responder otras preguntas relacionadas con la alimentación.

No necesita una cita, y puede llamar a Pacify todas las veces que desee.

Visite <https://www.pacify.com/humana-healthy-horizons-in-kentucky> para obtener su código de membresía y registrarse.

Nota: Pacify solo está disponible para descargarse en App Store o Google Play Store

Línea de enfermero/a de Humana Healthy Horizons in Kentucky: Disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudar si usted o su bebé no se sienten bien.

Servicios para afiliados de Humana Healthy Horizons in Kentucky: Disponible por teléfono de **7:00 a.m. a 7:00 p.m.** de lunes a viernes para ayudar a obtener beneficios, a buscar a un médico o programar una cita

Línea de crisis para la salud del comportamiento: Disponible por teléfono las **24 horas, los 7 días de la semana** para ayudar si usted necesita ayuda con la salud del comportamiento.

Instructores para dejar de fumar: Disponible por teléfono de **8:00 a.m. a 6:00 p.m.** de lunes a viernes para ayudarlo a dejar de fumar.

Go365 for Humana Healthy Horizons™

Go365 for Humana Healthy Horizons es un programa de bienestar que ofrece la posibilidad de ganar recompensas por tomar medidas saludables.

Participe en actividades saludables y gane recompensas

A partir del 1.º de enero de 2021, será muy fácil participar en actividades saludables y ganar recompensas a través de nuestro programa de bienestar Go365 for Humana Healthy Horizons.

Para ganar recompensas, debe hacer lo que se indica a continuación:

- Descargar la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons desde iTunes/Apple Shop o Google Play en un dispositivo móvil.
- Crear una cuenta.
- Llamar a Go365 al 1-888-225-4669 para obtener más información.

Si tiene una cuenta de MyHumana, después de descargar la aplicación puede utilizar la misma información de inicio de sesión para acceder a Go365 for Humana Healthy Horizons. Luego de iniciar sesión en la aplicación y completar una actividad saludable, puede canjear sus recompensas por tarjetas electrónicas de regalo en tiendas minoristas populares. En el caso de los afiliados menores de 18 años, un padre o tutor debe registrarse en la aplicación Go365.

Puede calificar para ganar recompensas al completar una o más actividades saludables:

Actividad saludable	Recompensa
Evaluación del riesgo de salud (HRA, por sus siglas en inglés)	Recompensa de \$20 (1 de por vida) para los afiliados mayores de 18 años que realicen una HRA dentro de los 90 días a partir de la afiliación a Humana Healthy Horizons.
Prueba de detección de cáncer de mama	Recompensa de \$25 (1 por año) para las afiliadas mayores de 50 años que se someten a una mamografía.
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Recompensa de \$20 (1 por año) para las afiliadas mayores de 21 años que se someten a una prueba de Papanicolaou.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Recompensa de \$25 (1 por año) para los afiliados de 45 años de edad y mayores que se someten a una prueba de detección de cáncer colorrectal, según lo recomendado por su PCP.
Vacuna contra el COVID-19	Recompensa de \$40 (1 por año) para los afiliados de 5 años o más que carguen una foto/archivo de su tarjeta de vacuna contra el COVID-19 completada.
Examen de la retina en pacientes diabéticos	Recompensa de \$20 (1 por año) para los afiliados con diabetes mayores de 18 años que se someten a un examen de la retina.

Actividad saludable	Recompensa
Examen para controlar la diabetes	Recompensa de \$40 (1 por año) para los afiliados con diabetes mayores de 18 años que se sometan a un examen anual con su proveedor de cuidado primario para controlar la HbA1c y la presión arterial.
Vacuna contra la influenza	Recompensa de \$20 una vez al año para los afiliados que reciben una vacuna anual contra la influenza por parte de su proveedor, su farmacia o que declaren que recibieron una vacuna de otra fuente.
Cortes de pelo para niños	1 corte de pelo estándar para los afiliados en los grados K-12 valorado en \$15, período de canje del 20 de julio de 2022 al 15 de septiembre de 2022.
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Recompensas de \$50 (1 de por vida) para las afiliadas que reciben 2 dosis de la vacuna contra el VPH entre los 9 y los 13 años.
Control del peso	Recompensas de \$10 para los afiliados mayores de 12 años que se inscriban en el programa de control de peso y completen un examen médico inicial de bienestar con su PCP, y recompensas de \$30 para los afiliados mayores de 12 años que completen el programa de control de peso (6 llamadas) y el examen médico final de bienestar
Nivel de educación sobre el cuidado	Recompensa de \$10 (1 por año) para los afiliados mayores de 19 años que se informen sobre cuándo acudir a una sala de emergencia.
Consultas dentales pediátricas	Recompensa de hasta \$30 para los afiliados de 2 a 20 años que completan una limpieza dental, recompensa de \$15 por limpieza, con un límite de 2 limpiezas por año
Consulta posparto	Recompensa de \$25 (1 por embarazo) para mujeres que completen 1 visita posparto entre 7 y 84 días después del parto
Consulta prenatal	Recompensa de \$25 (1 por embarazo) para las mujeres embarazadas que completen 1 consulta prenatal dentro del primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días a partir de la afiliación a Humana Healthy Horizons
Consejos para dejar el tabaco	Recompensa de \$25 (1 por año) para los afiliados mayores de 12 años que realicen la primera de 2 llamadas dentro de los 45 días a partir de la inscripción en el programa para dejar de fumar, y recompensa de \$25 para los afiliados mayores de 12 años que completen el programa (6 llamadas adicionales)
Consultas de chequeo preventivo infantil	Hasta \$60 de recompensa para los afiliados de 0 a 15 meses de edad que acudan a una consulta de chequeo preventivo infantil, \$10 por consulta con un límite de 6 visitas

Actividad saludable	Recompensa
Consulta de bienestar	Recompensa de \$20 (1 por año) para los afiliados mayores de 2 años que acudan a 1 consulta anual de bienestar y \$10 de recompensa para los nuevos afiliados mayores de 2 años que acudan a 1 consulta de bienestar con el PCP dentro de los 90 días a partir de la afiliación a Humana Healthy Horizons™ de Kentucky

Humana Healthy Horizons está disponible para todos los afiliados que cumplan los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan con el fin de que el afiliado seleccione un determinado proveedor. Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir las recompensas. Las recompensas no son transferibles a otros planes de cuidado administrado u otros programas. Los afiliados perderán el acceso a las recompensas y los incentivos ganados en la aplicación Go365 si se desafilian voluntariamente de Humana Healthy Horizons o si pierden la elegibilidad para Medicaid durante más de ciento ochenta (180) días. Al final del año del plan (31 de diciembre), los afiliados que tengan una inscripción continua tendrán 90 días para canjear las recompensas.

Cómo canjear las recompensas

Luego de registrarse, los afiliados pueden realizar actividades, y las recompensas se acumulan en su cuenta de Go365. Al acceder a Go365 Mall en la aplicación, se pueden canjear recompensas por tarjetas de regalo electrónicas de tiendas minoristas como Amazon, Walmart y CVS.

Las recompensas no son transferibles y no tienen valor en efectivo.

Las tarjetas de regalo electrónicas no se pueden usar para adquirir tabaco, alcohol, armas de fuego, boletos de lotería ni otros artículos que no fomenten un estilo de vida saludable.

Herramienta de acceso sencillo

Aplicación MyHumana

- Utilice su plan Humana dondequiera que esté con la aplicación móvil gratuita MyHumana. La aplicación le permite usar de forma segura su dispositivo móvil para:
 - Consultar su resumen de información de salud más reciente como, por ejemplo, su estado, resumen e información detallada.
 - Acceder instantáneamente a su tarjeta de identificación del afiliado de Humana con un solo toque.
 - Buscar un proveedor por especialidad o ubicación. *La aplicación MyHumana incluso puede usar su ubicación actual para encontrar el proveedor de la red más cercano, independientemente del lugar donde usted se encuentre.

*Para descargar la aplicación MyHumana para teléfonos iPhone o Android, visite la App Store o Google Play.

Tal vez requiera habilitar en su teléfono la función para compartir su ubicación.

Aplicación Go365

Los afiliados pueden descargar la aplicación gratuita Go365® de Humana Healthy Horizons desde Google Play o iTunes Store, y ganar y canjear recompensas fácilmente por completar actividades saludables clave. Luego de que los afiliados hayan descargado la aplicación, deben registrarse para crear una cuenta y así poder acceder y participar en el programa.

En el caso de los afiliados menores de 18 años, un padre o tutor debe registrarse en su nombre a fin de que puedan participar en el programa. Los mayores de 18 años pueden registrarse para crear su cuenta Go365: necesitarán su identificación de afiliado a Medicaid para completar el proceso de registro. Los padres o tutores que se registren para acceder en nombre de un afiliado menor de edad u otro afiliado que cuiden deben tener la identificación de afiliado a Medicaid de ese afiliado para completar el proceso de registro.

Por cada actividad elegible de Go365® que realicen, los afiliados pueden ganar recompensas que se pueden canjear por tarjetas de regalo en Go365 Mall (dentro de la aplicación). Las recompensas obtenidas a través de Go365 no tienen valor en efectivo y deben ganarse y canjearse antes de su fecha de vencimiento.

Cuenta MyHumana

La cuenta de MyHumana es una cuenta de Internet privada y personal que puede ayudarle a aprovechar al máximo su experiencia como afiliado. Puede acceder a la cuenta de MyHumana desde su dispositivo móvil o computadora en el sitio web www.espanol.Humana.com. Regístrese con su nombre de usuario y acceda a información fundamental de cobertura, así como a herramientas y recursos útiles para los afiliados.

Para comenzar, haga clic en el botón “Sign In” (Iniciar sesión) en la parte superior o, si no se ha registrado todavía, cree una cuenta. Para ello, acceda a www.espanol.Humana.com/logon y seleccione el enlace “Register now” (Registrarse ahora) que está debajo del encabezado “Not registered?” (¿No está registrado?).

Beneficios que puede obtener de Humana Healthy Horizons O de un proveedor de Medicaid

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Se recomienda a los afiliados realizarse pruebas preventivas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés), y todas las pruebas de detección para el cuidado de la salud recomendadas y correspondientes a su edad, desde el nacimiento hasta el último día del mes en que cumplen 21 años. Humana Healthy Horizons cubre exámenes preventivos de EPSDT y pruebas de detección para el cuidado de la salud sin ningún costo para usted.

Los afiliados del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio de salud que sea necesario por razones médicas para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se denomina detección, diagnóstico y

tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés). Los afiliados que necesitan beneficios de EPSDT:

- Pueden obtener servicios de EPSDT a través de Humana Healthy Horizons o de cualquier proveedor de Medicaid.
- No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT.
- Pueden obtener ayuda con la coordinación de las citas y del transporte gratuito para acudir a las citas y regresar a su hogar.
- El servicio de EPSDT incluye cualquier servicio necesario por razones médicas que pueda ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un afiliado, como los siguientes:
 - o Servicios integrales de pruebas de detección para el cuidado de la salud (controles preventivos infantiles, exámenes del desarrollo y vacunas)
 - o Servicios dentales
 - o Educación para la salud
 - o Servicios para la audición
 - o Servicios de salud en el hogar
 - o Servicios de hospicio
 - o Servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios
 - o Servicios de laboratorio y radiografías
 - o Servicios de salud mental
 - o Servicios de cuidado personal
 - o Terapia física y ocupacional
 - o Medicamentos recetados
 - o Prótesis
 - o Servicios de rehabilitación
 - o Servicios para trastornos del habla, de la audición y del lenguaje
 - o Transporte hacia y desde las citas médicas
 - o Servicios para la vista
 - o Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, solucionar o mejorar un problema de salud

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de su hijo. También puede encontrar más información en línea

visitando nuestro sitio web, www.Humana.com/HealthyKentucky, o llamando a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137.

Servicios NO cubiertos

Kentucky Medicaid solo paga los servicios necesarios por razones médicas. A continuación se presentan algunos de los servicios que Kentucky Medicaid no paga. Si utiliza servicios que Kentucky Medicaid no paga, tendrá que pagarlos usted.

En la siguiente lista encontrará muchos ejemplos de servicios limitados o excluidos de la cobertura, incluidos aquellos que se deben a objeciones morales o religiosas.

- Servicios de proveedores que no son proveedores de Kentucky Medicaid.
- Servicios que no son necesarios por razones médicas.
- Masaje e hipnosis.
- Aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro o en caso de incesto o violación).
- Fertilización in vitro.
- Estudios de paternidad.
- Histerectomía con fines de esterilización.
- Hospitalizaciones, en caso de que pueda recibir tratamiento fuera del hospital.
- Cirugía estética.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Aparatos de ortodoncia, dentaduras postizas, prótesis parciales y puentes para personas mayores de 21 años.
- Lentes de contacto para personas mayores de 21 años.
- Audífonos para personas mayores de 21 años.
- Ventiladores, aire acondicionado, humidificadores, purificadores de aire, computadoras, reparaciones en el hogar.
- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente).
- Servicios no autorizados.
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de su Plan de Salud.

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 TTY: 711.

Qué sucede si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que cree que no debe pagar, no la ignore. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 TTY: 711 de inmediato. Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, **Humana Healthy Horizons** se pondrá en contacto con el proveedor y ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a solicitar una audiencia justa del Estado si considera que se le solicita pagar algo que Medicaid o **Humana Healthy Horizons** deberían cubrir. Una audiencia justa del Estado permite que usted o su representante presenten su caso ante un juez de derecho administrativo. Consulte la sección Audiencia justa del Estado de esta guía para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados.

Copago del afiliado

No se requieren copagos para ningún servicio.

Parte III: Procedimientos del plan

Autorización previa y medidas

A continuación se presentan los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa. Estos son los servicios que Humana Healthy Horizons necesita aprobar antes de que usted los reciba. Su proveedor le pedirá nuestra autorización previa y programará estos servicios para usted. Humana Healthy Horizons no pagará estos servicios si se realizan sin aprobación previa.

- Servicios en centros de cirugía ambulatoria.
- Servicios de salud del comportamiento: salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
- Servicios de quiropráctica.
- Servicios en centros de salud mental comunitarios.
- Servicios dentales, incluidas la cirugía dental, la ortodoncia y la prostodoncia.
- Equipos médicos duraderos, incluidos prótesis y equipos ortopédicos, y material médico desechable.
- Servicios de salud en el hogar.
- Servicios en hospicios (solo fuera de las instituciones).
- Servicios para pacientes internados.
- Servicios de salud mental para pacientes internados.
- Comida y alojamiento para los acompañantes de los afiliados que correspondan.
- Servicios médicos, incluidos —entre otros— los que proporcionan médicos, enfermeros matriculados de práctica avanzada, asistentes de médicos y centros médicos que reciben fondos federales (FQHC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado primario y centros médicos rurales.
- Servicios de trasplante de órganos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) no considera experimentales.
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos farmacéuticos y de venta libre limitados, incluidos los medicamentos para salud mental y del comportamiento.
- Centros de tratamiento psiquiátrico domiciliario (nivel I y nivel II).
- Coordinación de casos especializada.

- Centros médicos especializados en servicios para niños.
- Coordinación de casos dirigida.
- Evaluación y tratamiento terapéuticos, incluidas la terapia física, la terapia del habla y la terapia ocupacional.
- Traslado a servicios cubiertos, incluidos los servicios de emergencia y con camilla en ambulancia.

Solicitudes de autorización previa para menores de 21 años

Se aplican normas especiales a las decisiones de aprobar servicios médicos para menores de 21 años que reciben servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre los servicios de EPSDT, consulte la página [55] o visite nuestro sitio web en www.Humana.com/HealthyKentucky.

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización previa

El personal de Control de la utilización de Humana Healthy Horizons garantiza que usted reciba la cantidad adecuada de cuidado que necesite, cuando lo necesite. Lo hacemos para asegurarnos de que los cuidados sean adecuados y necesarios. Nuestro equipo examinador estudia con minuciosidad las solicitudes de control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés), que incluye enfermeras, proveedores matriculados de salud del comportamiento y médicos. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó o necesita esté cubierto por Humana Healthy Horizons y sea necesario por razones médicas.

Cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización previa o de aprobarla por un monto menor de lo solicitado se denomina **medida adversa (o medida)**. Un profesional del cuidado de la salud tomará estas decisiones. Puede solicitar las normas médicas específicas —llamadas **criterios de revisión clínica**— utilizadas para tomar decisiones de las medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **acelerado** (más rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora causará un daño grave a su salud. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica nos lo requiera, pero no llevará más tiempo que el establecido en la siguiente sección de esta guía.

Le informaremos a usted y a su proveedor si se aprueba o deniega su solicitud. También le comunicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para presentar una apelación o solicitar una audiencia justa del Estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Todas las decisiones que adoptamos con sus proveedores de cuidado de la salud con respecto a la necesidad médica del cuidado de su salud se basan solo en qué tan adecuado es el ámbito o los servicios de cuidado.

No recompensamos a los proveedores o a nuestro propio personal por denegar cobertura o servicios. No ofrecemos a nuestro personal recompensas económicas que incidan en sus decisiones. No denegamos o limitamos la cantidad, el plazo o el alcance de los servicios solo en virtud del diagnóstico o el tipo de enfermedad o condición de salud. Los incentivos económicos ofrecidos a las personas responsables de tomar decisiones no promueven decisiones que resultan en el desaprovechamiento de servicios.

Podemos decidir que un nuevo tratamiento que actualmente no está cubierto por Medicaid sea un beneficio cubierto. Podría tratarse de nuevos:

- Servicios de cuidado de la salud.
- Dispositivos médicos.
- Terapias.
- Opciones de tratamiento.

Una comisión de profesionales de cuidado de la salud examina esta información y determina su cobertura en función de lo siguiente:

- Reglas actualizadas de Medicaid y Medicare.
- Directrices de evaluación externa de la tecnología
- Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- Recomendaciones en la literatura médica.

Para obtener cualquier otra información que desee, llame a Servicios para afiliados. Puede obtener más información sobre lo que se menciona a continuación:

- Nuestra estructura y operaciones.
- Cómo pagamos a nuestros proveedores.
- Cómo colaboramos con otros planes de salud si usted tiene otro seguro.
- Resultados de encuestas a los afiliados.
- Cuántos afiliados abandonan nuestro plan.
- Beneficios, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes.

Si desea hacernos saber sobre aspectos que considera que deberíamos modificar, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 o TTY: 711.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud en el plazo de dos (2) días hábiles desde que recibamos la solicitud. El plazo para una solicitud de

autorización estándar puede extenderse hasta catorce (14) días si usted o su médico lo solicitan.

- **Revisión acelerada (de gestión rápida):** tomaremos una decisión sobre su solicitud y nos comunicaremos con usted en el plazo de veinticuatro (24) horas.

Luego de tomar una decisión según la necesidad médica, se le notificará. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir ese servicio, no reduciremos, detendremos ni restringiremos el servicio durante el tiempo en que se haya aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información falsa o incorrecta.**

Si rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar el cuidado que recibió y fue cubierto por Humana Healthy Horizons o por Medicaid, incluso si Humana Healthy Horizons rechaza el pago al proveedor más adelante.**

Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que sirvan para prestar un mejor servicio a nuestros afiliados. Tal vez le gustaría trabajar con alguno de los comités de afiliados de Humana Healthy Horizons o con Kentucky, tales como los siguientes:

- Comité Asesor de Calidad de Afiliados de Humana Healthy Horizons (QMAC, por sus siglas en inglés) y Junta Asesora Comunitaria (CAB, por sus siglas en inglés).
- Comités Asesores Técnicos (TAC, por sus siglas en inglés): los TAC actúan como asesores del Consejo Asesor de Asistencia Médica. Cada TAC representa a un tipo de proveedor específico o es una persona que representa a los beneficiarios de Medicaid.

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 o TTY: 711 para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Cómo unirse al Comité de Acceso de los Afiliados a la Calidad

En Humana Healthy Horizons nos entusiasma ofrecerle la oportunidad de mejorar su plan de salud. Le invitamos a unirse al Comité de Acceso de los Afiliados a la Calidad. Como integrante del Comité, usted comparte con nosotros la manera en que podemos brindarle mejores servicios.

Su presencia le ofrece la oportunidad de conocer a otros afiliados del plan en su comunidad. Puede asistir acompañado por un familiar, su cuidador o un buen amigo. Queremos saber cómo podemos mejorar su plan de salud.

Si desea asistir o quiere obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., hora del este.

También puede escribirnos a:

Quality Member Access Committee

Attn: Community Outreach Department Humana

P.O. Box 14546

Apelaciones

Si está disconforme con una decisión o con una medida que tomamos, usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación. Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que recibe nuestra respuesta, el Aviso de denegación de beneficio. No recibirá un trato diferente ni actuaremos de una manera inadecuada porque presenta una apelación.

Si es necesario, podemos ayudarle a presentar una apelación. También puede recibir ayuda de otras personas. Las personas que pueden ayudarle son las siguientes:

- Alguien que usted haya elegido para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Su tutor legal.
- Un proveedor que usted haya elegido para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Intérpretes que le proporcionaremos nosotros, si los necesitara.

Para presentar una apelación, haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711)
- Complete el formulario que encontrará al final de esta guía y envíelo a la dirección que se indica abajo.
- Escribanos una carta.
- Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que encontrará en el frente de su tarjeta de identificación del afiliado, y su dirección y número de teléfono. Tener esta información nos permitirá comunicarnos con usted si fuera necesario. También debe enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su apelación.
- Envíe el formulario o la carta por correo postal a:

Humana Health Horizons in Kentucky
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

- Envíe su apelación por fax al 1-800-949-2961.

Le enviaremos una carta en el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación para confirmarle la recepción.

Si considera que la espera de 30 días para resolver una apelación podría perjudicar gravemente su salud, puede solicitar que se acelere la apelación. Para que su apelación se tramite con rapidez, se deben cumplir los siguientes criterios:

- La situación en cuestión podría poner en serio peligro su vida, salud física o mental, o la capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima función.

Tomamos decisiones sobre las apelaciones aceleradas en un plazo de 72 horas o tan pronto como sea necesario en función de su estado de salud. No se adoptarán represalias en contra de estas personas:

- Un afiliado o proveedor que presenta una apelación.
- Un proveedor que apoya la apelación de un afiliado o presenta una apelación en nombre de un afiliado con su consentimiento por escrito.

Si extendemos el plazo de su apelación o apelación acelerada (nosotros solicitamos la extensión, no usted), trataremos por todos los medios razonables de informarle verbalmente y de inmediato sobre la demora o de enviarle una notificación por escrito en dos (2) días calendario con respecto a la razón de la decisión de extender el plazo. En caso de necesitar más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para informarle sobre la información que se necesita. Para apelaciones aceleradas, le llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué el retraso es lo más conveniente.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día en que solicitamos más información.

También le informaremos del derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con esa decisión. Después de completar la revisión de su apelación, le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario para notificarle sobre nuestra decisión. Usted o una persona que haya elegido para representarle pueden hacer lo siguiente:

- Revisar toda la información utilizada para tomar la decisión.
- Proporcionar más información durante el proceso de revisión de la apelación.
- Examinar el expediente del caso del afiliado antes y durante el proceso de apelación.
 - Esto incluye los expedientes de salud y médicos, otros documentos y expedientes, y todas las pruebas adicionales que se tienen en cuenta, se usan de fundamento o se generan en conexión con la apelación.
 - Esta información se proporcionará a pedido, sin cargo y con la suficiente anticipación en virtud del plazo de resolución.

Puede hacer preguntas y proporcionar cualquier información (incluso los nuevos documentos médicos de sus proveedores) que crea que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Si necesita más tiempo para recopilar sus documentos e información, simplemente solicítelo. Usted, su proveedor o alguien en quien confíe puede solicitarnos que retrasemos

su caso hasta que esté listo. Queremos tomar la mejor decisión para su salud. Para ello, llame a Servicios para afiliados al [1-800-444-9137 (TTY:711)].

Plazos para apelaciones

Puede presentar pruebas (como expedientes médicos, declaraciones de respaldo de un proveedor, etc.), en persona o por escrito, que incluyan la entrega de su apelación antes del final del plazo para la resolución de la apelación. Para una apelación estándar debemos recibir esta información dentro de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Para una apelación acelerada debemos recibir cualquier información de respaldo dentro de 72 horas después de la recepción.

Audiencias justas del Estado

También tiene el derecho de solicitar una audiencia justa del Estado al Departamento de Servicios de Medicaid después de haber finalizado el proceso de apelación de Humana Healthy Horizons si no está de acuerdo con nuestra decisión. Una audiencia justa del Estado es su oportunidad para aportar más información y hechos, además de hacer preguntas sobre su decisión ante un juez de derecho administrativo. El juez de la audiencia justa del Estado no pertenece de ninguna manera a Humana Healthy Horizons.

Puede hacerlo por escrito, por correo postal o por fax. Debe solicitar una audiencia en el plazo de 120 días a partir de la fecha en que recibe la carta con nuestra decisión sobre su apelación.

Escriba a: Office of the Ombudsman and Administrative Review

Attn: Medicaid Appeals and Reconsiderations

275 East Main Street, 2E-O

Frankfort, KY 40621

Teléfono: 502-564-5497

Fax: 502-564-9523

A fin de reunir los requisitos para una audiencia justa del Estado, su carta debe cumplir estos requisitos:

- Ser enviada por correo o presentada dentro de los 120 días a partir de la fecha en que se entere de nuestra decisión sobre su apelación.
- Explicar por qué usted necesita una audiencia justa del Estado.
- Indicar el día del servicio y el tipo de servicio que se negó. Incluya una copia de la última carta de decisión de apelación que recibió de nosotros.

Un empleado estatal, llamado oficial de audiencias, está a cargo de su audiencia justa del Estado. El oficial de audiencias le enviará una carta con la fecha y la hora de su audiencia. En la carta también se explicará el proceso de audiencia. Si no desea hablar o no puede hacerlo por sus propios medios, puede elegir a una persona que hable en representación suya en la audiencia. Puede solicitar la audiencia justa del Estado o pedirle a alguien que lo haga por usted. Puede elegir a quien desee, como un amigo, su médico, un tutor

legal, un pariente o un abogado, para que hable en su nombre. Si elige a una persona para que participe en la audiencia justa del Estado en su nombre, esa persona será su representante autorizado. Si aún no lo hizo durante la apelación, debe llenar un formulario de consentimiento para autorizar a que otra persona hable en representación suya.

Si completó un formulario de consentimiento para la apelación, la persona designada podrá hablar en su nombre. Si no lo hizo, todavía puede llamarnos para obtener un formulario para la audiencia justa del Estado.

Si necesita ayuda para entender la audiencia justa del Estado, puede comunicarse con el Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid (consulte la página [inserte la página correspondiente] para obtener más información sobre el Programa de Mediador).

Si solicita una audiencia justa del Estado y desea la continuidad de sus beneficios con Humana Healthy Horizons, debe presentarnos una solicitud (a Humana) dentro de los 10 días a partir de la fecha en que el Aviso de resolución de apelación del plan se envíe por correo.

Si tiene una afección médica urgente, solicite una audiencia acelerada. Si en la audiencia se determina que nuestra decisión era la correcta, tal vez usted deba pagar el costo de los servicios proporcionados por los beneficios que continuaron durante la audiencia justa del Estado.

Continuidad de los beneficios

En el caso de algunas denegaciones de beneficios, puede solicitar la continuidad de los servicios durante la apelación y el proceso de audiencia justa del Estado. Los servicios que pueden continuar deben ser aquellos que usted ya recibe, incluidos los servicios que se reducen o se dan por concluidos.

Si solicita la continuidad de los servicios en un plazo de diez (10) días a partir de nuestra notificación de denegación de los beneficios, o antes de la fecha en que le informamos que se reducirían o concluirían, lo que suceda más tarde, sus beneficios continuarán hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Finalizó el plazo de autorización original de sus servicios.
- Diez (10) días después de enviar la decisión de apelación por correo.
- Retira su apelación.
- Después de una audiencia justa del Estado, el juez del tribunal administrativo falla en contra de usted.

Si se denegó su apelación y usted solicita una audiencia justa del Estado con continuidad de los servicios en el plazo de diez (10) días a contar desde la fecha que consta en la carta de resolución de la apelación, sus servicios continuarán durante el proceso de la audiencia justa del Estado. (Consulte la sección de Audiencia justa del Estado).

Sin embargo, si el resultado de la apelación sigue siendo el mismo que en la primera decisión de denegar el servicio, es posible que deba pagar por dichos servicios.

Quejas formales

Una queja formal es una situación en la que un afiliado no está conforme con Humana Healthy Horizons o con uno de nuestros proveedores. Usted o una persona que ha elegido para representarle debe comunicarse con nosotros. Puede presentar una queja formal verbalmente o por escrito. Si en algún momento desea obtener información con respecto a las quejas formales, simplemente pregúntenos. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711). Si fuera necesario, podemos ayudarle a presentar una queja formal. También puede obtener ayuda de otras personas. Las personas que pueden ayudarle son las siguientes:

- Alguien que usted haya elegido para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Su tutor legal.
- Un proveedor que usted haya elegido para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Intérpretes que le proporcionaremos nosotros, si los necesitara.

Para presentar una queja, haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711)
- Complete el formulario que encontrará al final de esta guía.
- Escribanos una carta.
 - Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que encontrará en el frente de su tarjeta de identificación del afiliado, y su dirección y número de teléfono. Tener esta información nos permitirá comunicarnos con usted si fuera necesario. También debe enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema
- Envíe el formulario o la carta por correo postal a:
 - Humana
 - Grievance and Appeals Department
 - P.O. Box 14546
 - Lexington, KY 40512-4546
- Transmita su queja formal por fax al 1-800-949-2961.

Le enviaremos una carta en el plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha en que recibimos su queja formal para hacerle saber que la hemos recibido.

Cuál es el próximo paso:

A continuación, la examinaremos y le enviaremos una carta dentro de los treinta (30) días seguidos para informarle sobre nuestra decisión. No se adoptarán represalias en contra de estas personas:

- Un afiliado que presenta una queja formal.
- Un proveedor que apoya la queja formal de un afiliado o que presenta una queja formal en nombre de un afiliado, con su consentimiento por escrito.
- Si su queja es en relación con el rechazo de una apelación acelerada, le informaremos por escrito que la recibimos durante las 24 horas posteriores a su recepción. Revisaremos su queja sobre el rechazo de la apelación acelerada y le informaremos por escrito cómo la resolvimos, en un plazo de 5 días posteriores a la recepción de su queja.

También puede comunicarse con el **Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid**:

- Para obtener ayuda con **respecto a los problemas que tiene con Humana Healthy Horizons**.
- Cuidados, proveedor o servicios.
- Si no está conforme con la resolución que ofrecimos para su problema, puede presentar una queja.

Para obtener más información, consulte el Programa del Mediador.

Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado)

Si se une a Humana Healthy Horizons desde otro plan de salud, nos comunicaremos con usted en un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha estimada de afiliación a nuestro plan. Le pediremos el nombre de su plan anterior para que podamos agregar su información médica, como sus expedientes médicos y citas preprogramadas, a nuestros expedientes.

- Si decide dejar Humana Healthy Horizons, compartiremos su información médica con su nuevo plan.
- Puede dejar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan de salud anterior. A continuación, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener cualquier servicio adicional si lo necesita.
- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Humana Healthy Horizons. En determinadas circunstancias, podrá consultar a otro proveedor que tenía antes de unirse a Humana Healthy Horizons. Puede continuar con las consultas a su médico en estas situaciones:
 - o En el momento en que se une a Humana Healthy Horizons está en tratamiento o transita una afección médica especial. En ese caso, puede solicitar mantener a su proveedor hasta un máximo de 90 días.

- o Está embarazada de más de 3 meses cuando se une a Humana Healthy Horizons y recibe cuidado prenatal. En ese caso, puede mantener a su proveedor hasta después de su parto y hasta 60 días después del nacimiento de su hijo.
- o Está embarazada cuando se une a Humana Healthy Horizons y recibe servicios de un proveedor de tratamiento de salud del comportamiento. En ese caso, puede mantener a su proveedor hasta después del parto.
- Si su proveedor deja Humana Healthy Horizons, se lo informaremos por escrito en un plazo de 30 días desde el momento en que nos enteremos de este cambio. En esa carta, le indicaremos cómo elegir un PCP nuevo o elegiremos uno si usted no lo hace en un plazo de 30 días.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 1-800-444-9137 (TTY: 711).

Derechos y obligaciones del afiliado

Sus derechos

Como afiliado de Humana Healthy Horizons, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Preparar instrucciones médicas anticipadas de conformidad con los artículos KRS 311.621 a KRS 311.643.
- Recibir todos los servicios que debe proporcionar el plan y obtenerlos de manera oportuna.
- Tener acceso en forma oportuna a servicios médicos sin impedimentos de comunicación o acceso físico.
- Tener una oportunidad razonable de elegir el proveedor que le brinde cuidados siempre que sea posible y corresponda.
- Elegir un PCP y cambiar a otro PCP de la red de Humana Healthy Horizons. Le enviaremos material por escrito que indique su nuevo PCP cuando usted realice un cambio.
- Recibir una segunda opinión de un proveedor acreditado de la red o fuera de ella. Si un proveedor acreditado no puede verle, nuestra obligación es programar una consulta con un proveedor que no pertenezca a nuestra red.
- Acceder y ser referido de manera oportuna al cuidado especializado indicado por los médicos.
- Estar protegido de la responsabilidad civil de los pagos.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede brindarse a una persona que usted aprobó por ley para recibir la información, o puede brindarse a una persona que usted designó para casos de emergencia, cuando no se aconseja que se la brindemos a usted.

- Hacer preguntas y recibir información completa sobre su salud y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda entender. Esto incluye cuidado especializado.
- Tener una conversación sincera con respecto a todas las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias por razones médicas para su afección médica, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.
- Participar de manera activa en las decisiones relativas al cuidado de su salud, a menos que esto no sea aconsejable.
- Aceptar o rechazar un tratamiento o una terapia. Si lo rechaza, el médico o Humana Healthy Horizons debe informarle qué podría suceder. Tomarán nota de su decisión en su expediente médico.
- Recibir trato respetuoso y digno, con privacidad, confidencialidad, accesibilidad y sin discriminación.
- Tener acceso a servicios adecuados y no ser discriminados por su situación de salud, religión, edad, sexo u otra parcialidad.
- Tener la seguridad de que otras personas no puedan oír ni ver cuando usted recibe cuidado médico.
- No sufrir ningún tipo de restricción o encierro utilizado como recurso de fuerza, disciplina, distensión o venganza, como se establece en la legislación federal.
- Recibir información según el 42 CFR 438.10.
- Recibir servicios de cuidado de la salud de acuerdo con el 42 CFR 438.
- Se permitirá que todos los indígenas americanos afiliados a Humana Healthy Horizons elegibles para recibir servicios de un proveedor I/T/U o un proveedor de cuidado primario I/T/U participante reciban servicios de ese proveedor si este último forma parte de la red de Humana Healthy Horizons. I/T/U es la abreviatura en inglés del servicio de salud indígena, programa y centro de gestión tribal y clínica indígena urbana.
- Recibir ayuda con sus expedientes médicos según la legislación federal y estatal vigente.
- Tener la certeza de que sus expedientes médicos se mantendrán privados.
- Solicitar y recibir una copia gratuita de sus expedientes médicos y tener la posibilidad de solicitar que sus expedientes médicos se modifiquen o corrijan si es necesario. Los afiliados deben pagar las copias adicionales solicitadas. Los expedientes se retienen cinco (5) años o más, según lo exija la ley federal.
- Aceptar o rechazar la divulgación de su información, a menos que Humana Healthy Horizons deba brindarla por ley.
- Recibir toda la información sobre el afiliado por escrito sin ningún costo para usted en:
- Los idiomas predominantes que no son inglés de los afiliados en nuestra área de servicio.

- Otros formatos, para ayudar a los afiliados con necesidades especiales y que, por la razón que sea, tienen dificultad para leer la información.
- Recibir ayuda de nosotros y de nuestros proveedores si usted no habla inglés o si necesita ayuda para comprender la información. Puede recibir ayuda sin costo alguno.
- Obtener ayuda con el lenguaje de señas si tiene problemas de audición.
- Ser informado si un proveedor de cuidado de la salud es un estudiante y rechazar su cuidado médico.
- Ser informado si el cuidado médico es experimental y tener la posibilidad de no recibir este cuidado.
- Saber que Humana Healthy Horizons debe cumplir toda la legislación federal, estatal y otras leyes con respecto a la privacidad que correspondan. Esto incluye procedimientos para garantizar la confidencialidad de los servicios para menores de edad que dan su consentimiento para diagnosticar y tratar enfermedades de transmisión sexual, abuso o adicción al alcohol y a otras drogas, anticonceptivos, embarazo o parto con un aviso o consentimiento de los padres.
- Si es mujer, recibir servicios de un proveedor de salud de la mujer de nuestra red para los servicios de salud cubiertos para mujeres.
- Presentar una apelación o una queja formal, o bien solicitar una audiencia justa del Estado.
- También puede recibir ayuda para presentar una apelación o una queja formal. Puede solicitar una audiencia justa del Estado a Humana Healthy Horizons o al Departamento de Servicios de Medicaid (DMS, por sus siglas en inglés). Para dar instrucciones anticipadas, como por ejemplo, un testamento en vida, consulte la página 71.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en la dirección que se indica abajo si tiene quejas de discriminación por raza, color de piel, religión, sexo, orientación sexual, edad, incapacidad, nacionalidad de origen, condición como veterano de guerra, ascendencia, situación de salud o necesidad de servicios médicos.

Office for Civil Rights

Sam Nunn

Atlanta Federal Center

62 Forsyth Street, S.W. Suite 16T70 Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

Fax: 1-202-619-3818

- Recibir información sobre Humana Healthy Horizons, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y obligaciones de los afiliados.
- Realizar recomendaciones para la política de derechos y obligaciones de nuestros afiliados.
- Si Humana Healthy Horizons no puede brindarle un servicio necesario y cubierto en nuestra red, cubriremos ese servicio fuera de la red. Lo haremos mientras no podamos ofrecer el servicio en la red. Si recibe aprobación para acceder al servicio fuera de la red, este es su derecho como afiliado. Esto no tiene ningún costo para usted.
- Tener la libertad de practicar sus derechos y de saber que Humana Healthy Horizons o nuestros proveedores no tomarán represalias en su contra.

Sus obligaciones

Como afiliado de Humana Healthy Horizons, usted acepta:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan de salud.
- Escuchar el consejo de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o acudir a su PCP si no mejora, o solicitar ver a otro proveedor.
- Tratar al personal de cuidado médico con el respeto que usted mismo espera.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado de la salud, llamando a Servicios para afiliados al Enrollee Services at 1-800-444-9137 (TTY: 711).
- Mantener sus citas y llamar apenas pueda si debe cancelar alguna.
- Utilizar el Departamento de Emergencias únicamente para las emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, incluso fuera del horario de atención.

Como afiliado de Humana Healthy Horizons, usted debe:

- Conocer sus derechos.
- Cumplir con las políticas y los procedimientos de Humana Healthy Horizons y Kentucky Medicaid.
- Conocer sus opciones de servicio y tratamiento.
- Participar activamente de las decisiones relativas a su salud y cuidado personal, y llevar un estilo de vida saludable.
- Comprender sus problemas de salud en la medida que sea capaz de hacerlo.
- Participar para lograr las metas que acuerdan usted y su proveedor de cuidado de la salud.

- Hacernos saber si tiene sospechas de fraude o abuso en el cuidado de la salud.
- Hacernos saber si está disconforme con nosotros o con alguno de nuestros proveedores.
- Hacer una solicitud por escrito si presenta una apelación ante nosotros.
- Usar solo proveedores aprobados.
- Denunciar las sospechas de fraude, uso excesivo o abuso mediante la información que se brinda en esta guía.
- Cumplir con las visitas que programó con su médico. Ser puntual. Si debe cancelar una visita, llame con 24 horas de anticipación.
- Seguir los consejos y las instrucciones de cuidado que acordó con sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Llevar y mostrar siempre su tarjeta de identificación de afiliado al recibir servicios.
- Nunca permitir a otra persona usar su tarjeta de identificación de afiliado.
- Hacernos saber si se produce una modificación en un nombre, domicilio o número de teléfono, o bien un cambio en la cantidad de integrantes de su familia. Queremos asegurarnos de que siempre podamos comunicarnos con usted con respecto al cuidado de su salud. Háganos saber sobre los nacimientos y las muertes en su familia. Como no queremos que deje de ser afiliado nuestro, es realmente importante que nos lo haga saber.
- Informar al Departamento de Servicios Comunitarios (Department for Community Based Services, DCBS) de su localidad sobre todos los cambios. Para saber dónde se encuentra la oficina del DCBS más próxima a usted, visite su sitio web en <https://chfs.ky.gov/agencies/dcbs/Pages/default.aspx>.
- Llamar sin costo al Mediador, al 1-800-372-2973.
- Llamar a su PCP después de visitar un centro de cuidado de urgencia, tener una emergencia médica o recibir cuidado médico fuera del área de servicio de Humana Healthy Horizon.
- Informar a Humana Healthy Horizons y al DCBS si usted tiene la cobertura de otro seguro de salud.
- Brindar la información que necesita Humana Healthy Horizons y sus proveedores de cuidado de la salud para ofrecerle cuidado de la salud.
- Denunciar las sospechas de fraude, uso excesivo o abuso (consulte la página 74).

Le informaremos sobre las modificaciones en sus derechos y obligaciones como afiliado en nuestro sitio web www.Humana.com/HealthyKentucky.

Fin de su afiliación

Queremos que esté conforme con Humana Healthy Horizons. Háganos saber sobre sus problemas o inquietudes. Podemos ayudarle.

Puede solicitar poner fin a su afiliación a Humana Healthy Horizons. Puede hacer esto por cualquier motivo durante los primeros noventa (90) días tras haberse afiliado o cuando se vuelva a afiliarse.

Después de los primeros noventa (90) días, puede poner fin a su afiliación con causa justificada. Esto significa que usted tiene una razón especial para poner fin a su afiliación. Algunos ejemplos de causa justificada son:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su PCP ya no forma parte de nuestra red.
- No tiene acceso a los servicios cubiertos.
- No puede acceder a un proveedor acreditado para tratar su condición médica.

Puede solicitar cambiar de plan. Para cambiar de plan, presente una queja formal por escrito o llamando a Humana Healthy Horizons con el o los motivos de la solicitud.

Si se aprueba su solicitud, se le informará que el cambio se implementará en una fecha determinada. Humana Healthy Horizons le proporcionará el cuidado que necesita hasta entonces.

Si no se aprueba su solicitud de cambio, puede apelar la decisión ante la delegación de procesamiento de inscripciones del Department for Medicaid Services (DMS):

Cabinet for Health and Family Services Department for Medicaid Services

Division of Provider and Member Services 275 East Main Street, 6E-C

Frankfort, KY 40621

Fax: (502) 564-3852

El cambio puede tomar hasta 90 días. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda con el proceso, puede llamarnos al 1-800-444-9137 (TTY: 711) o Servicios para afiliados de Medicaid de Kentucky al (800) 635-2570 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. – hora del este.

Puede cambiarse a otro plan de cuidado administrado durante el período de afiliación abierto anual. Todos los años recibirá una carta del DMS. Le harán saber cuándo es el período de afiliación abierto y cómo cambiar de plan.

Podría perder la elegibilidad para el Cuidado Médico Administrado de Medicaid

Se terminará su afiliación a Humana Healthy Horizons si:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid.
- Permanece en un hogar de ancianos durante más de **30 días** seguidos.
- Se vuelve elegible para Medicare.
- Abusa de los afiliados, los proveedores o el personal del plan de salud, o los lastima.

- No completa los formularios de manera honesta o no proporciona información real (comete fraude).

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, se pueden interrumpir todos los servicios que recibe. Si esto sucede, llame a DCBS al 1-502-564-3703, o envíe un fax al 502-564-6907. También puede comunicarse con el Programa de Mediador de Cuidado Médico Administrado de Medicaid para hablar sobre sus opciones de apelación (consulte la sección Mediador para obtener más información sobre el Programa del Mediador).

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son formularios que completa si se enferma gravemente o no es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Tal vez encuentre estos formularios en los consultorios de los médicos y en los hospitales. Si no ha pensado todavía sobre esto, quizás ahora sea un buen momento para comenzar a hacerlo. Tal vez también desee conversarlo con su familia. Sin embargo, las instrucciones anticipadas son siempre voluntarias. Debe ser mayor de 18 años para tener instrucciones anticipadas.

Las instrucciones anticipadas pueden darle la tranquilidad de saber que las decisiones sobre su tratamiento médico serán expresadas y cumplidas. Permiten a su médico y a otros saber qué tratamiento usted desea recibir o quién prefiere que tome las decisiones sobre el cuidado de su salud si se enferma gravemente.

Debe firmarlas mientras todavía esté saludable y sea capaz de tomar estas decisiones. Se utilizan solo si está demasiado enfermo o no es capaz de comunicarse. Le permiten expresar si desea que se proceda de determinada manera para mantenerle con vida o designar a una persona para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted. Tiene derecho a cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento, siempre que sea capaz de hacerlo.

La legislación de Kentucky exige que nosotros, su familia, su médico y otros proveedores de cuidado de la salud respeten sus instrucciones anticipadas válidas, a menos que la legislación estipule una excepción.

Instrucciones anticipadas en Kentucky

En Kentucky existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas incluyen, 1) formularios de Orden médica para alcance de tratamientos (MOST, por sus siglas en inglés), 2) testamentos en vida e 3) instrucciones de tratamiento de salud mental. Nosotros le notificaremos en el transcurso de noventa (90) días después de los cambios de reglas y regulaciones para estas instrucciones anticipadas, así como a su PCP y al personal de Servicios para el afiliado.

Orden médica para alcance de tratamientos (MOST)

Una instrucción MOST es una orden médica firmada por usted, su curador para cuidado de la salud u otro cuidador, así como por su médico, que informa el tratamiento para prolongar la vida que desea recibir, si es que hubiese. A diferencia de otras instrucciones anticipadas, una orden MOST es una instrucción de un médico que usted ha aceptado. Es un formulario estandarizado que se utiliza para complementar otros tipos de instrucciones anticipadas que usted podría haber dado.

Por lo general, la orden MOST es para las personas con enfermedades graves o para quienes desean expresar algunos de sus deseos como una orden médica. Las órdenes MOST no tienen por objeto abordar todas sus decisiones sobre cuidado de la salud. Tal vez todavía necesite otros tipos de instrucciones anticipadas.

Testamento en vida

Un testamento en vida le permite dar instrucciones sobre estos aspectos importantes. Usted puede:

- Designar un curador para cuidado de la salud.
- Rechazar o solicitar un tratamiento para prolongar la vida.
- Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial.
- Expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

Si designa un curador para cuidado de la salud, autoriza a una o más personas como, por ejemplo, un familiar o un buen amigo, a tomar decisiones por usted sobre el cuidado de la salud si usted pierde la capacidad para decidir por sí mismo. Al elegir un curador para cuidado de la salud, recuerde que la persona que designe tendrá la facultad de tomar decisiones importantes con respecto su tratamiento, incluso si otras personas cercanas prefieren tomar otra decisión.

Elija a la persona más calificada para ser su curador para cuidado de la salud. Además, considere elegir una persona de respaldo, en caso de que su primera elección no esté disponible cuando la necesite. No deje de informar a la persona que la designó su curador para cuidado de la salud y asegúrese de que esa persona comprenda lo que es más importante para usted. Sus deseos deben plantearse expresamente en el testamento en vida.

Un testamento en vida le permite plantear sus deseos conocidos con respecto a tratamientos para prolongar la vida y a alimentación o hidratación artificial de manera que su curador para cuidado de la salud o médico sepan qué espera usted de ellos. También puede decidir si desea donar sus órganos cuando muera. Si decide hacer un testamento en vida, no deje de hablar sobre el tema con su familia o su médico.

Los testamentos en vida deben ser por escrito. Usted debe firmarlo y fecharlo, y debe ser certificado por dos testigos adultos o un escribano.

Instrucciones de tratamiento de salud mental

También puede expresar sus preferencias específicas relativas al tratamiento de salud mental que desea recibir si no puede tomar sus propias decisiones con respecto a un tratamiento de salud mental. Por ejemplo, tal vez no desee recibir ciertos tipos de medicamentos o tratamientos.

Las instrucciones de tratamiento de salud mental deben darse por escrito. Usted debe firmarlo y fecharlo, y debe ser certificado por dos testigos adultos o un escribano.

Si necesita información adicional sobre la manera en que puede expresar sus preferencias sobre el tratamiento de salud mental que desea recibir, visite www.espanol.Humana.com.

Otras personas que pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted

Si usted no tiene instrucciones anticipadas y no es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud, la legislación de Kentucky permite a otras personas tomar decisiones por usted. Las otras personas pueden ser:

- Hijo adulto
- Abogado
- Tutor legal
- Pariente más cercano
- Padre o madre
- Cónyuge

Si tiene alguna duda con respecto a las instrucciones anticipadas, debe consultar a un profesional calificado en asuntos jurídicos. Esta información se brinda solo como reseña general y no pretende reemplazar el asesoramiento legal.

Tutela

¿Qué es un tutor legal?

Un tutor legal es una persona adulta que elige un juzgado para ocuparse legalmente de otra persona.

¿Cuándo se elige un tutor legal?

Un juzgado elegirá un tutor legal para una persona que ya no puede tomar decisiones seguras. Por lo general, esto se debe a incapacidad jurídica o mental. En determinadas situaciones, también se puede elegir un tutor legal para un menor de edad.

¿Cómo obtengo una tutela?

Toda persona adulta puede procurar que se designe una tutela para otra persona. Habitualmente, un familiar solicita la tutela.

¿Quién designa al tutor legal?

Solo un juzgado puede elegir un tutor legal. El juzgado que elige al tutor legal es el tribunal de su localidad. Esto podría diferir según el lugar donde usted reside. Si necesita información adicional, comuníquese con los servicios de Salud y Familia, el juzgado, un abogado o un servicio de ayuda para asuntos jurídicos de su localidad.

Si tiene alguna duda con respecto a la tutela, debe consultar a un profesional calificado en asuntos jurídicos. Esta información se brinda solo como reseña general y no pretende reemplazar el asesoramiento legal.

Poder notarial para el cuidado de la salud

Un poder notarial para el cuidado de la salud es un documento legal en el que puede designar a una o más personas como sus agentes de cuidado de la salud para que tomen decisiones de salud física y del comportamiento en su nombre cuando usted no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud del comportamiento desea o no desea recibir. Debe elegir a un adulto de su confianza para que sea su agente de cuidado de la salud. Analice sus deseos con las personas que quiere que sean sus agentes antes de ponerlos por escrito.

Una vez más, siempre es útil analizar los deseos con la familia, los amigos y el médico. El poder notarial para el cuidado de la salud entrará en vigor cuando un médico indique por escrito que usted no puede tomar decisiones en torno al cuidado de la salud, o comunicarlas. Si, debido a creencias morales o religiosas, no quiere que un médico tome esta determinación, la ley ofrece un proceso para que lo haga una persona que no sea un médico.

Fraude, malgasto y abuso

Tenemos un programa integral de fraude, malgasto y abuso en nuestro Departamento de Investigaciones Especiales. Está diseñado para ocuparse de casos de fraude en el cuidado administrado. Ayúdenos denunciando situaciones controvertidas.

El fraude puede ser cometido por proveedores, farmacias o afiliados. Monitoreamos y tomamos medidas en todos los casos de fraude, malgasto y abuso por parte de proveedores, farmacias o afiliados.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de los proveedores, que incluyen a médicos y otros proveedores de cuidado de la salud:

- Recetar medicamentos, equipos o servicios que no son necesarios por razones médicas.
- No proporcionar a los pacientes los servicios necesarios por razones médicas debido a tarifas de reembolso inferiores.
- Facturar pruebas o servicios que no se proporcionaron.
- Usar deliberadamente códigos médicos incorrectos con el fin de recibir más dinero.
- Programar visitas más frecuentes al consultorio de las que son necesarias por razones médicas.
- Facturar servicios más costosos que los que se proporcionaron.
- Impedir a los afiliados recibir servicios cubiertos, lo que resulta en que los servicios ofrecidos no se aprovechen plenamente.
- Cometer Fraude de Agente.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de las farmacias:

- No entregar los medicamentos tal como se recetaron.

- Presentar reclamaciones por un medicamento de marca más costoso, pero usted recibe un medicamento genérico de costo inferior.
- Entregar una cantidad inferior a la recetada y después no informar al afiliado sobre cómo recibir el resto del medicamento.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de los afiliados:

- Usar los servicios de manera inadecuada; por ejemplo, vender narcóticos recetados o tratar de obtener sustancias controladas de más de un proveedor o farmacia.
- Modificar o falsificar las recetas.
- Utilizar medicamentos para el dolor cuando no son necesarios.
- Compartir la tarjeta de identificación del afiliado con otra persona.
- No informar que se cuenta con la cobertura de otro seguro de salud.
- Recibir equipos y suministros innecesarios.
- Recibir servicios o medicamentos con la identificación de otra persona (robo de identidad).
- Describir síntomas y otra información incorrectos a proveedores para recibir tratamiento, medicamentos, etc.
- Realizar demasiadas visitas a la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Falsear la elegibilidad para Medicaid.

Si se demuestra que han abusado o realizado un uso indebido de sus beneficios cubiertos, los afiliados podrían:

- Tener que devolver el dinero que hemos pagado por los servicios que se determinó que correspondían a uso indebido de los beneficios.
- Ser procesados y encarcelados por un delito.
- Perder los beneficios de Medicaid.
- Estar limitados a solo un PCP, un proveedor de sustancias controladas, una farmacia o un hospital para servicios que no sean servicios en casos de emergencia. Vea los detalles del Programa cerrado de Kentucky (KLIP, por sus siglas en inglés) en la página 77.

Si sospecha de fraude, malgasto o abuso

Si considera que un médico, una farmacia o un afiliado comete fraude, malgasto o abuso, debe informárnoslo. Presente su denuncia de una de las siguientes maneras:

- Llame al 800-614-4126 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Seleccione la opción del menú para denunciar fraudes.

- Complete el Formulario de denuncia de fraude, malgasto y abuso que encontrará en el sitio web de Humana Healthy Horizons a continuación.
- Puede escribirnos una carta y enviárnosla por correo postal a:

Humana

Attn: Special Investigations Unit 1100 Employers Blvd.

Green Bay, WI 54344

Puede informar sospechas de fraude y abuso llamando a la Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los Estados Unidos al 800-HHS-TIPS (800-447-8477).

Si necesita información adicional, visítenos en nuestro sitio web, www.espanol.humana.com/fraud.

No es necesario que nos indique su nombre cuando escribe o llama por teléfono. Existen otras formas de comunicarse con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa darnos su nombre, también puede utilizar una de las alternativas siguientes para comunicarse con nosotros:

- Envíenos un correo electrónico* a siureferrals@humana.com o a ethics@humana.com.
- Transmítanos un fax al 920-339-3613.

Si denuncia fraude, malgasto o abuso, tenga a bien indicar todos los pormenores que pueda. Incluya nombres y números de teléfono. Puede mantener el anonimato. Si lo hace, no nos será posible llamarle por teléfono para brindarle información adicional. Su denuncia se mantendrá como información confidencial en la medida que lo permita la legislación.

*La mayoría de los sistemas de correo electrónico no están protegidos contra terceros. Esto significa que otras personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o dé su aprobación. No utilice el correo electrónico para brindarnos información que considera que es confidencial, como su número de identificación de afiliado, número de Seguro Social o información de salud. En su lugar, utilice el formulario o el número de teléfono que se indica arriba. Esto puede ayudar a proteger su privacidad.

Manténganos informados

Llame a Servicios para afiliados al 800-444-9137 (TTY: 711) cuando ocurran estos cambios en su vida:

- Tiene un cambio en la elegibilidad de Medicaid.
- Da a luz.
- Hay un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos.

Si ya no recibe Medicaid, consulte con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

Programa de Mediador de Cuidado Administrado de Medicaid

El Programa de Mediador garantiza que las personas que utilizan los distintos servicios públicos reciban trato imparcial.

El Programa de Mediador puede hacer lo siguiente:

- Responder las preguntas que tenga sobre sus beneficios.
- Ayudarle a entender sus derechos y obligaciones.
- Proporcionar información sobre Medicaid y el cuidado administrado de Medicaid.
- Ayudarle a comprender un aviso que recibió.
- Remitirles a otras agencias que también pueden ayudarle con sus necesidades de cuidado de la salud.
- Responder sus preguntas sobre la afiliación o desafiliación a un plan de salud.
- Ayudarle a resolver los problemas que tiene con su proveedor de cuidado de la salud o su plan de salud.
- Actuar en su defensa si tiene un problema o una queja que afecta el acceso al cuidado de la salud.
- Proporcionar información para ayudarle con su apelación, queja formal, mediación o audiencia justa del Estado.
- Conectarle con asistencia legal, si fuera necesario, para ayudarle a resolver un problema de cuidado de la salud.

Puede comunicarse con el Programa de Mediador a través de:

<https://chfs.ky.gov/agencies/os/omb/Pages/default.aspx>

Para obtener ayuda o si necesita información adicional, comuníquese con:

The Office of the Ombudsman

Cabinet for Health and Family Services

275 East Main Street, 2E-O Frankfort, KY 40621

Línea gratuita: 1-800-372-2973

Local 502-564-5497

Fax 502-564-9523

Correo electrónico CHFS.Listens@ky.gov

TTY para personas con trastornos auditivos: 1-800-627-4702

Programa cerrado de Kentucky (KLIP, por sus siglas en inglés)

El programa cerrado está diseñado para ofrecer apoyo a los afiliados que necesitan ayuda para manejar sus necesidades de cuidado de la salud y establecer un hogar médico, o para proporcionarles acceso estructurado a sustancias controladas a través del programa de Medicaid, con excepción de los necesarios para propósitos clínicos legítimos. El programa cerrado limita los proveedores a quienes pueden consultar los afiliados. Las personas que consultan a un solo médico, una farmacia y un hospital reciben mejores cuidados. Los proveedores saben más sobre la salud de la persona y pueden diagnosticar y tratar mejor sus afecciones de salud. Tener menos proveedores ayuda a garantizar que una persona reciba el medicamento adecuado en las cantidades adecuadas.

Humana Healthy Horizons realiza el seguimiento de la frecuencia con que se reponen algunos medicamentos, si esos medicamentos se reponen en farmacias diferentes y cuántos médicos consultan los afiliados. En algunas ocasiones, podemos limitar a un afiliado la posibilidad de reponer sus medicamentos recetados a solo una farmacia y a solo un médico. También podemos limitar los médicos que pueden recetar medicamentos de los que es posible abusar. Finalmente, si visita las salas de emergencias demasiado a menudo, se le podría limitar este servicio a solo un hospital. Adoptamos estas medidas para que usted reciba la cantidad de cuidado correcto, en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Para obtener más información, visítenos en www.Humana.com/KentuckyMedicaid.



Mejora de la calidad

Propósito del programa

El Programa de Mejora de la Calidad de Humana Healthy Horizons incluye servicios tanto clínicos **como** no clínicos y se actualiza según sea necesario para mantener su capacidad de reacción a las necesidades de los afiliados, los comentarios de los proveedores, los estándares actuales de cuidado y las necesidades comerciales. Las metas y los objetivos del Programa de Mejora de la Calidad son los siguientes:

- Coordinación del cuidado.
- Promoción de la calidad del cuidado.
- Evaluación del desempeño y la eficacia de los servicios recibidos, tanto clínicos como no clínicos. Mejora de la calidad y la seguridad del cuidado y los servicios clínicos que se proporcionan a los afiliados.

El Programa de Mejora de la Calidad tiene dos principios rectores:

- Nuestra misión es marcar una diferencia duradera en la vida de nuestros afiliados mediante la mejora de su salud y bienestar.
- Nuestra visión de futuro es transformar vidas con servicios de salud y sociales innovadores.

Humana Healthy Horizons respalda el triple objetivo de los Institutes for Healthcare Improvement:

Al mismo tiempo, mejorar la salud de los afiliados, optimizar la experiencia y los resultados de los afiliados, y reducir el costo del cuidado en beneficio de todos.

El propósito del Programa de Mejora de la Calidad de Humana Healthy Horizons es garantizar que Humana Healthy Horizons tenga la capacidad necesaria para hacer lo siguiente:

- Obtener un reconocimiento en los estándares de acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).
- Recibir la calificación de alto nivel de desempeño en el Conjunto de datos e información sobre la eficacia del cuidado de la salud (HEDIS, por sus siglas en inglés).
- Recibir la calificación de alto nivel de desempeño en la Encuesta de consumidores acerca de proveedores y sistemas de cuidado de la salud (CAHPS, por sus siglas en inglés).
- Crear un Programa Integral de Manejo de la Salud de la Población.
- Crear un Programa Integral de Compromiso de los Proveedores.

HEDIS® es una marca comercial registrada del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).

CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés).

Alcance del programa

El Programa de Mejora de la Calidad de Humana Healthy Horizons rige las actividades de evaluación y mejora de la calidad del programa Medicaid de Humana Healthy Horizons. Entre otros, el alcance incluye lo siguiente:

- Responder a los requisitos de calidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) como se establece en el Manual del cuidado administrado de Medicare de los CMS, Capítulo 5 (Garantía de calidad), y en el Título 42, Sección 422.152, del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).
- Establecer prácticas clínicas seguras en toda la red de proveedores.
- Realizar la supervisión de la calidad de todos los servicios clínicos.
- Cumplir con los estándares de acreditación del NCQA.
- Cumplir con la verificación del cumplimiento y las medidas de desempeño que establece HEDIS.
- Monitorear y evaluar la satisfacción de los afiliados y proveedores.
- Manejar todas las quejas con respecto al cuidado y los servicios de calidad.
- Fomentar el modelo de mejora de los Institutes for Healthcare Improvement.
- Evaluar si el Programa de Mejora de la Calidad presta servicios eficazmente a los afiliados con necesidades culturales y de idioma diversas.
- Evaluar si el Programa de Mejora de la Calidad presta servicios eficazmente a los afiliados con necesidades de salud complejas.
- Evaluar las características y las necesidades de los afiliados.
- Evaluar la disponibilidad geográfica y la accesibilidad a los proveedores de cuidado primario y especializado.

El Director Médico de Humana Healthy Horizons supervisa el Programa de Mejora de la Calidad y el Director de Mejora de la Calidad coordina su aplicación. Todos los años, Humana Healthy Horizons pone a disposición de los afiliados y proveedores la información relativa a su Programa de Mejora de la Calidad en www.Humana.com/HealthyKentucky. Para obtener una copia impresa del Programa de Mejora de la Calidad (QIP, por sus siglas en inglés) de Humana, llame a Servicios para afiliados.

Humana Healthy Horizons recopila y utiliza los datos de desempeño de los proveedores para mejorar la calidad de los servicios.

Medidas de calidad

Humana Healthy Horizons continuamente evalúa y analiza la calidad del cuidado y de los servicios que ofrecemos a nuestros afiliados. Esto se logra mediante el uso de datos para identificar áreas de mejora y evaluar los programas establecidos para mejorar los resultados.

Utilizamos el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Sanitaria (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS), un conjunto de medidas del cuidado de la salud ampliamente utilizado en los Estados Unidos, para medir la calidad del cuidado que ofrecemos a nuestros afiliados. El Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) desarrolla y mantiene HEDIS.

Los planes de salud utilizan la herramienta HEDIS para medir dimensiones importantes de cuidado y servicio, y permite realizar comparaciones entre los planes de salud con respecto al cumplimiento de medidas estatales y federales de desempeño y modelos HEDIS nacionales.

Las medidas HEDIS se fundamentan en las directrices del cuidado basado en pruebas y responden a los aspectos del cuidado más urgentes. Los siguientes son algunos ejemplos de medidas de calidad que monitorean a Humana:

- Pruebas de detección preventivas (p. ej., cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, clamidia).
- Cuidado preventivo infantil.
- Atención de la diabetes
- Control de la presión arterial alta

Humana Healthy Horizons utiliza la encuesta anual de satisfacción del afiliado, denominada Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS), para conocer las opiniones de los afiliados con respecto a la calidad del cuidado de la salud. CAHPS es un programa que supervisa la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Estas son algunas de las medidas de la encuesta de satisfacción que monitorea Humana Healthy Horizons:

- Servicio al cliente.
- Rapidez para recibir cuidado.
- Obtención del cuidado necesario.
- Nivel de comunicación de los médicos.
- Valoraciones de todos los servicios de cuidado de la salud, planes de salud, médicos personales, especialistas.

Directrices preventivas y pautas de práctica clínica

Humana Healthy Horizons recomienda los estándares y las directrices aceptados en todo el país y basados en pruebas para ayudar a informar y guiar el cuidado clínico que se brinda a los afiliados de Humana Healthy Horizons. Las directrices se revisan anualmente, o con más frecuencia si corresponde, y se actualizan según sea necesario.

El uso de estas directrices nos permite determinar el efecto de las directrices en los resultados del cuidado. El Comité de Orientación de Práctica Clínica de Humana se encarga de realizar la revisión y recomendación de las directrices; dichas pautas son aprobadas por el Comité del Programa de Mejora de la Calidad Corporativa de Humana. Después, las directrices se presentan al Comité de Garantía de la Calidad de Humana. Los temas de las directrices se identifican por medio del análisis de los afiliados. Las directrices pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- Salud del comportamiento (p. ej., depresión).
- Salud de personas adultas (p. ej., presión arterial alta, diabetes).
- Salud de la población (p. ej., obesidad, dejar de fumar).

La información relativa a las directrices de práctica clínica y la información de salud se ponen a disposición de los afiliados de Humana Healthy Horizons mediante boletines informativos para afiliados, el sitio web de afiliados de Humana Healthy Horizons (www.Humana.com/HealthyKentucky) o bien se entrega a pedido. Los afiliados y proveedores tienen a su disposición las directrices preventivas y los enlaces relativos a la salud en el sitio web o en ejemplares impresos.

Su salud es importante

Se detallan a continuación algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establezca una relación con un proveedor de cuidado de la salud.
- Asegúrese de que tanto usted como su familia se realicen exámenes médicos regulares con su proveedor de cuidado de la salud.
- Si tiene una afección crónica (como asma o diabetes), asegúrese de consultar a su médico con cierta frecuencia, siga el tratamiento que le dio el médico y tome los medicamentos que le indicó.

Recuerde, la línea de consulta de enfermería las 24 horas está disponible para brindarle ayuda. Puede llamar al número que consta en su tarjeta de identificación del afiliado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Humana Healthy Horizons tiene programas que pueden ayudarle a mantener o mejorar su salud. Llámenos para obtener más información sobre estos programas al 1-800-444-9137 (TTY: 711).

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No tiene que hacer nada, a menos que tenga una solicitud o una queja.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Esto incluye el derecho de aplicar los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los términos revisados de nuestro aviso a toda la información personal y de salud que mantenemos. Esto incluye información que creamos o recibimos antes de efectuar los cambios. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y se lo enviaremos a los suscriptores de nuestro plan de salud.

¿Qué es información personal y de salud?

La información personal y de salud, que en adelante mencionaremos como la “información”, incluye tanto información médica como información individualmente identificable, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye toda la información personal y de salud que crea o recibe un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud que se relacione con su salud o afección física o mental, que le proporcione cuidado de salud a usted, o el pago de dicho cuidado de salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluso la información electrónica, escrita u oral.

¿Cómo protegemos su información?

De conformidad con las leyes federales y estatales, y con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de la información. Aplicamos salvaguardas para proteger su información de varias maneras, entre ellas las siguientes:

- Limitando las personas que pueden ver la información.
- Limitando la forma en que usamos o divulgamos la información.
- Informando a usted sobre sus derechos legales con respecto a su información.
- Capacitando a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la compañía.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

- A usted o a alguien que tenga derecho legal a actuar en nombre de usted.
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

- En los casos en que lo requiere la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, un hospital u otro proveedor de cuidado de la salud, para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluso pagos de reclamaciones por servicios cubiertos proporcionados a usted de parte de los proveedores de cuidado de la salud y por pagos de primas de planes de salud.
- Para las actividades operativas del cuidado de salud, entre ellas procesar su afiliación, responder sus consultas y solicitudes de servicios, coordinar su cuidado, resolver controversias, implementar la administración médica, mejorar la calidad, revisar la calificación de los profesionales de salud y determinar primas para llevar a cabo actividades de suscripción; sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni haremos preguntas con respecto a antecedentes familiares.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle realizar las funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y desafiliación. Podemos compartir información de salud de nivel resumido con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones; por ejemplo, para permitir al patrocinador obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud detallada con el patrocinador de su plan, a menos que usted nos autorice o que el patrocinador del plan haya certificado que acuerda mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o sobre alternativas de tratamientos que podrían ser de su interés si usted no ha optado por no recibir tales recordatorios, como se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si usted no está disponible para comunicarse, como en una emergencia.
- A sus familiares y amigos o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información se relacione directamente con su participación en su cuidado de salud o con el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si dicha reclamación se ha recibido y pagado.
 - Para proporcionar información de pago al suscriptor para su justificación ante el Servicio de Impuestos Internos.
 - A instituciones de salud pública si consideramos que existe una amenaza grave para la salud o la seguridad.
 - A las autoridades adecuadas si constatan cuestiones de abuso o violencia doméstica.

- En respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal.
- A los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y de cualquier otra forma que exija la ley.
- Para prestar asistencia en actividades de mitigación de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de una ley o contrato de compensación laboral.
- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad de otros.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la adquisición, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A médicos forenses, patólogos y directores funerarios.

¿Usaremos su información para propósitos no descritos en este aviso?

En todas las situaciones que no sean las descritas en este aviso, le solicitaremos su permiso por escrito antes de usar o divulgar su información. Puede revocar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. No usaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no haya sido descrita en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán autorización:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Fines de comercialización.
- Venta de información médica protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando ya no es un afiliado o no obtiene cobertura por medio de nuestro plan?

Su información puede seguir siendo utilizada para los fines descritos en este aviso después de terminada su participación en el plan o cuando usted ya no recibe cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información mediante procedimientos estrictos a fin de mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?

A continuación se indican sus derechos respecto a su información. Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna:

- **Acceso:** tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, como reclamaciones y expedientes de caso o de administración médica. También tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, un cargo por hora de trabajo del personal para localizar y copiar la información, y por el envío por correo.
- **Decisión de suscripción adversa:** tiene derecho a que se le proporcione una razón en relación con una decisión de suscripción negativa o adversa si rechazamos su solicitud o seguro.*
- **Comunicaciones alternativas:** tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar situaciones con riesgo de vida. Nos adaptaremos a su solicitud si la misma es razonable.
- **Modificación:** tiene derecho a solicitar una modificación de la información que mantenemos sobre usted si cree que dicha información es incorrecta o está incompleta. Podemos rechazar su solicitud si no creamos la información, si no la mantenemos o si la información es correcta y está completa. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito.
- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de las instancias en que nosotros o nuestros asociados comerciales hemos divulgado su información para fines que no sean tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud ni ciertas otras actividades. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, a pedido. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable sobre la base del costo de responder a las solicitudes adicionales.
- **Aviso:** tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso cada vez que lo solicite.
- **Restricción:** tiene derecho a pedir la restricción del uso y la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar esas restricciones, pero si lo hacemos, debemos respetar lo que acordemos. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada previamente.

¿Qué tipos de comunicaciones puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas.
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud.
- Actividades de recaudación de fondos.

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios de solicitud de derechos de privacidad aplicables. Para obtener los formularios:

- Llámenos al 1-866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento.

- Visite www.espanol.Humana.com y seleccione el enlace “Privacy Practices” (Prácticas de Privacidad).
- Envíenos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com.
- Envíe el formulario de solicitud completo a:

Humana Inc.

Privacy Office 003/10911

101 E. Main Street

Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si creo que se ha violado mi privacidad?

Si cree que se ha violado su privacidad de alguna manera, puede presentar una queja por teléfono al 1-866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le proporcionaremos la dirección regional de la Oficina de Derechos civiles que corresponda si lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Cumplimos todas las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales que rigen la protección de la información personal y de salud. En caso de existir un conflicto entre las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales, elegiremos la ley, regla o reglamentación que proporcione mayor protección al afiliado.

¿Qué sucederá si mi información privada se utiliza o divulga de manera inadecuada?

Tiene derecho a recibir un aviso de que, como consecuencia de una violación, su información privada no segura ha sido usada o divulgada de manera inadecuada. Le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación de este tipo.

Las siguientes compañías afiliadas y subsidiarias también cumplen nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

American Dental Plan of North Carolina, Inc.

American Dental Providers of Arkansas, Inc.


Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan, Inc.

Cariten Insurance Company CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company



CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
Emphesys, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Behavioral Health
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance
Go365 de Humana para Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.
The Dental Concern, Ltd.

Formulario de solicitud de apelación

Tenga a bien completar este formulario con la información sobre el afiliado cuyo tratamiento es objeto de la apelación.

Nombre del afiliado:	
Número de identificación de afiliado:	Fecha de nacimiento:
Representante autorizado*:	
Número de teléfono:	
Dirección: _____ _____ _____	

Número de servicio o reclamación:
Nombre del proveedor:
Fecha del servicio:

Explique su apelación y la resolución que espera. Adjunte páginas adicionales si necesita más lugar

Parentesco con el afiliado (si es representante)

Importante: devuelva este formulario a la dirección que se indica abajo para que podamos procesar su queja formal o apelación:

Humana Healthy Horizons
Grievance and Appeal Department
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-800-949-2961

Departamento de Quejas Formales y Apelaciones

FORMULARIO PARA NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Nombre del afiliado

Número de identificación de afiliado

Número de referencia

El afiliado deberá completar esta sección.

Elijo a _____ para actuar en mi representación.

(Aquí se escribe el nombre del tutor o representante legal).

Mi tutor o representante legal tiene libertad absoluta para discutir sobre mis servicios médicos.

Mi tutor o representante legal puede tener acceso a todos los documentos directamente relacionados con mi caso.

Firma del afiliado

Fecha

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

El tutor o representante legal debe completar esta sección.

Soy el _____ de _____.

(cónyuge, hijo, amigo, abogado u otro) (Aquí se escribe el nombre del afiliado).

Acepto abogar o representar a _____.

(Aquí se escribe el nombre del afiliado).

El tutor o representante legal debe firmar aquí.

Fecha

Dirección: _____ Número de teléfono: _____



“
Espero días
mejores y más
brillantes.
”



Humana

Healthy Horizons™
in Kentucky

¿Tiene alguna pregunta? Llame a servicios para afiliados al **800-444-9137 (TTY: 711)**.

KYHKVJKSP22
HUMM03020 1020