2026

Manual para Afiliados

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Michigan

Humana®

Manual para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su Cobertura de Medicamentos Recetados, Beneficios y Servicios Médicos de Medicare y Medicaid como Afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual para Afiliados*

En este *Manual para Afiliados*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, se le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Ofrece información sobre los servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen cuidados a largo plazo y exenciones basadas en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés). Las exenciones HCBS pueden ofrecerle servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en su comunidad. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para Afiliados*.

Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Humana Health Plan, Inc. ofrece este plan Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Cuando este *Manual para Afiliados* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Humana Health Plan, Inc. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", se refiere al plan Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Este documento está disponible en inglés en forma gratuita. Puede hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene servicios de asistencia lingüística gratuitos a su disposición. Llamar a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

- Llame a Servicios para Afiliados si desea hacer o cambiar una solicitud permanente al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Mantendremos su idioma preferido distinto del inglés y/o el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (caduca el martes, junio 30, 2026)

Descargos de responsabilidad

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001 es un plan HMO SNP de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La afiliación en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La cobertura en el marco de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es una cobertura médica elegible denominada “cobertura mínima esencial”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual, consulte el sitio web del Internal Revenue Service (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) o lea este Manual para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Esto significa que es posible que tenga que pagar por algunos servicios y que debe seguir ciertas reglas para que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) pague por sus servicios.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2027. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con un mínimo de 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Cómo afiliarse

Introducción

En este capítulo, se incluye información sobre Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid, además de su afiliación. También se le indica qué puede esperar y qué otra información recibirá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Afiliados.*

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan 5
B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid 5
B1. Medicare 5
B2. Michigan Medicaid 5
C. Ventajas de nuestro plan 6
D. El área de servicio de nuestro plan 7
E. Cuáles son los requisitos para afiliarse al plan 7
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud 8
G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado 8
G1. Equipo de cuidado 8
G2. Plan de cuidado 8
H. Resumen de los costos importantes 9
H1. Nuestro plan no tiene primas 10
H2. Prima Mensual de la Parte A y B de Medicare 10
H3. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare 10
I. Este *Manual para Afiliados* 10
J. Otra información importante que le ofreceremos 10
J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado 11
J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 11
J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos* 12
J4. *La Explicación de Beneficios* 13
K. Cómo mantener actualizado su perfil de afiliado 13
K1. Privacidad de la información personal sobre su salud (PHI) 14



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Usted ha optado por recibir el cuidado de la salud de Medicare y Medicaid y la cobertura de medicamentos recetados mediante nuestro plan, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. No obstante, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios se pensaron para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y Michigan Medicaid. Como tiene Michigan Medicaid, es posible que reciba asistencia con los costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros) y que reciba los servicios de cuidado de la salud de Medicare de forma gratuita. Michigan Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios con la cobertura de servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir la "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de cuidado de la salud y asistencia de pago a los que tiene derecho.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) lo gestiona una empresa privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, Medicare aprueba este Plan de Necesidades Especiales. El plan también tiene contrato con el programa Michigan Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle cobertura para el cuidado de la salud de Medicare y Medicaid, que incluye la cobertura de medicamentos recetados.

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las siguientes personas:

- personas mayores de 65 años;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid es el nombre del programa Medicaid de Michigan. El estado administra Michigan Medicaid, y el estado y el Gobierno federal lo pagan. Michigan Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;

- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Medicare y el estado de Michigan aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Michigan Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elijamos ofrecer el plan; **y**
- Medicare y el estado de Michigan nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Michigan Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), incluidos los medicamentos recetados. **No paga extra para afiliarse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Tendrá un equipo de cuidado que usted ayudará a formar. Su equipo de cuidado puede incluir a usted mismo, su cuidador, médicos, profesionales de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tendrá acceso a un coordinador de cuidado. Es la persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudarle a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo y coordinador de cuidado.
- Su equipo y su coordinador de cuidado trabajan con usted para elaborar un plan de cuidado que satisfaga **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, significa que su equipo de cuidado se asegura de lo siguiente:
    - Que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos adecuados y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos.
    - Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001: En la mayoría de los casos, estará afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001 para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001. Aún puede recibir los servicios de Michigan Medicaid a través de su plan de salud anterior de Michigan Medicaid por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Michigan Medicaid a través de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Michigan Medicaid. Llámenos al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

D. El área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: Macomb y Wayne.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera del área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Cuáles son los requisitos para afiliarse al plan

Será elegible para nuestro plan, siempre y cuando reúna los siguientes requisitos:

- resida en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio, aunque físicamente se encuentren en ella); **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare; **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente presente en el país; **y**
- actualmente sea elegible para Michigan Medicaid; **y**
- tenga 21 años o más en el momento de la afiliación, incluidas las personas de 21 años o más atendidas por el programa de Servicios de Cuidado de la Salud Especializado en Niños (CSHCS, por sus siglas en inglés).
- reciba beneficios completos de Medicaid (incluye a las personas elegibles para Medicaid por límites ampliados de elegibilidad financiera bajo una exención 1915(c) o que residan en un centro de enfermería y a aquellos que tienen un monto de pago mensual para pacientes).

Si pierde su elegibilidad para Michigan Medicaid pero se prevé que la recuperará en un plazo de 6 meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de Michigan Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Michigan Medicaid. Deberá pagar por cualquier servicio que continúe recibiendo y que normalmente esté cubierto por Michigan Medicaid, mientras siga inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare. Seguirá recibiendo sus beneficios de Medicare de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) sin costo alguno, pero es posible que deba pagar las primas de las Partes A y/o B de Medicare, y las primas de los medicamentos recetados de la Parte D. Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página para obtener más información.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Michigan Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para Michigan Medicaid mientras aún está afiliado con nosotros para su cobertura de Medicare:

- Reanudaremos el pago de sus beneficios de Michigan Medicaid.
- Su afiliación con nosotros continuará.
- Cubriremos los costos compartidos de Medicare correspondientes a los servicios que recibió mientras esperaba que se reactivara su cobertura de Michigan Medicaid.
- Pagaremos por cualquier servicio de Michigan Medicaid que haya recibido mientras esperaba la reactivación de su cobertura de Michigan Medicaid. No pagaremos por ningún Servicio a Domicilio

y Comunitario (HCBS) que haya recibido durante el período en que su elegibilidad para Medicaid no estaba activa.

Si no logra recuperar la elegibilidad para Michigan Medicaid en un plazo de 6 meses, lo desafiliaremos de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para Michigan Medicaid después de haber sido desafiliado, deberá comunicarse con nosotros para volver a afiliarse en el plan.

Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su afiliación. Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. En la HRA, se incluyen preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA en una consulta en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) debe mantener los proveedores y los servicios actuales que recibe en el momento de la afiliación. Incluye medicamentos y proveedores que no forman parte de nuestra red. El tiempo que continuará recibiendo estos servicios depende de los servicios que está recibiendo y por qué los está recibiendo. Recién después de que hayamos completado su HRA, consideraremos cualquier cambio en los servicios que recibe en el momento de afiliarse.

G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado

Un equipo de cuidado puede ayudarle a obtener el cuidado que necesita. En un equipo de cuidado, se puede incluir al médico, a un coordinador de cuidado u a otro personal de salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que necesita. Se le asigna un coordinador de cuidado cuando se afilia a nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de cuidado para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidado y el equipo de cuidado.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. En un plan de cuidado, se le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, de LTSS, sociales relacionadas con la salud y funcionales. El plan de cuidado se centrará en sus objetivos teniendo en cuenta sus inquietudes, deseos, necesidades y fortalezas. Se incluirá un resumen de su estado de salud y su plan para abordar sus inquietudes. Se le pedirá que firme su plan de cuidado después de que esté satisfecho con el resultado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

En el plan de cuidado, se incluye lo siguiente:

- sus objetivos de cuidado de la salud,
- un cronograma para recibir los servicios que necesita,
- sus valores culturales y las necesidades y preferencias de comunicación,
- sus preferencias para el cuidado, los servicios y los apoyos,
- su lista con prioridades de inquietudes, metas y objetivos y fortalezas,
- proveedores, apoyos y servicios específicos, incluidos los montos, el alcance y la duración,
- un resumen de su estado de salud,
- el plan para abordar sus inquietudes u objetivos y las acciones para alcanzarlos,
- la(s) persona(s) responsable(s) de ayudarle a alcanzar sus objetivos,
- fechas de vencimiento para las intervenciones y la reevaluación, y
- un plan para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud, como la seguridad en la vivienda o alimentos.

Su equipo de cuidado se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que tal vez desee pensar en obtener. Su plan de cuidado se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de cuidado trabaja con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

H. Resumen de los costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Nuestro plan no tiene primas (**Sección H1**)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (**Sección H3**)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen la "Ayuda Adicional" y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre este programa, consulte la **Sección H2 del Capítulo 2**. Si es elegible, afiliarse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en este *Manual para Afiliados* no se aplica a usted.** Le enviamos una cláusula aparte, denominada "Cláusula de Evidencia de Cobertura Destinada a las Personas que Reciben la Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados" (también conocido como "Cláusula de Subsidio por Ingresos Limitados" o "Cláusula de LIS"), en la que encontrará información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene esta cláusula, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página y solicite la "Cláusula de LIS".



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

H1. Nuestro plan no tiene primas

Usted no paga una prima mensual separada del plan para Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

H2. Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare.

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la **Sección E** anterior, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Michigan Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los *afiliados a Humana Dual Integrated*, Michigan Medicaid paga por ellos la prima de la Parte A de Medicare (si no es elegible automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, tendrá que pagarlas por su cuenta para mantener la afiliación a nuestro plan. También puede pagar una prima por la Parte A de Medicare si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidado e infórmeles de este cambio.**

H3. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en el total de lo que debe por los medicamentos recetados que ha recibido, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

En la **Sección I3 del Capítulo 2,** se ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de este método de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual para Afiliados*

Este *Manual para Afiliados* forma parte de nuestro contrato con usted. Significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hicimos algo que va en contra de estas reglas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para Afiliados* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para Afiliados* si llama a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Afiliados* en **es-www.humana.com/plandocuments** o descargarlo de este sitio web.

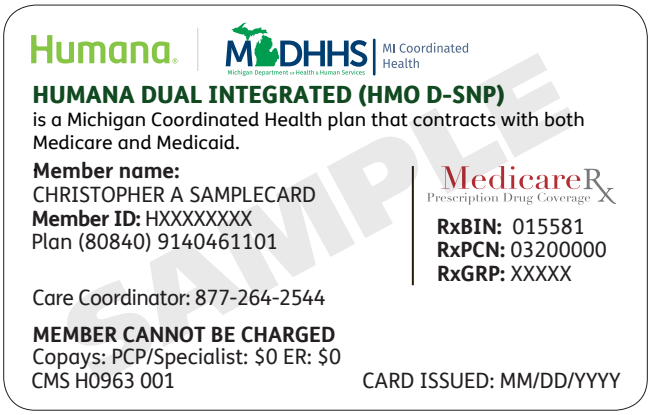
El contrato tiene vigencia durante los meses en que está afiliado a nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

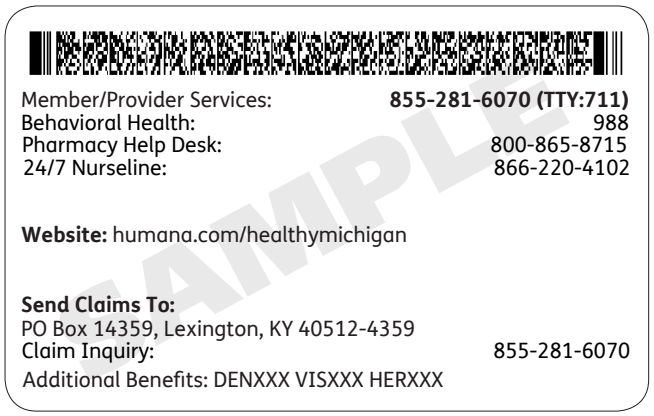
J. Otra información importante que le ofrecemos

Entre el resto de la información importante que le proporcionamos, se incluyen su tarjeta de Identificación del Afiliado, un *Directorio de Proveedores y Farmacias* y una *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado

Con nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid, que incluye los LTSS, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos recetados. Muestre esta tarjeta cuando reciba algún servicio o medicamento recetado. Esta es una tarjeta de Identificación del Afiliado de muestra:





Si su Tarjeta de Identificación del Afiliado se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul o su tarjeta de Michigan Medicaid para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Afiliado, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y es posible que usted reciba una factura. Puede que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados* para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias,* se enumeran los proveedores y farmacias en la red de nuestro plan. Mientras mantenga la afiliación a nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Para solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (por medios electrónicos o en forma impresa), puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. Le enviaremos por correo las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en **es-www.humana.com/plandocuments**.

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias,* se enumeran los profesionales de cuidado de la salud, las instalaciones y los proveedores de apoyo que puede utilizar como afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). También se enumeran las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados. Durante los primeros 90 días después de afiliarse a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), puede ver a cualquier proveedor que haya consultado en los doce (12) meses anteriores, aunque el proveedor no esté en nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
  - médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede utilizar como afiliado de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proveen servicios de salud en nuestro plan; y
  - LTSS, servicios para la salud del comportamiento, agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago completo.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red a la que desea recurrir.
- Excepto en el caso de una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. Tanto Servicios para Afiliados como nuestro sitio web pueden brindarle información actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

Lista de equipo médico duradero (DME)

Incluimos nuestra lista de DME con este *Manual para Afiliados*. En esta lista, se informan las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página. Consulte el **Capítulo 3 y 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los DME.

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Se le indican qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos* a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la **Sección B del Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

En la *Lista de Medicamentos,* también se le indica si hay alguna regla o restricción sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

Todos los años, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener información actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidado o a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página. En la *Lista de Medicamentos,* se incluirá una sección en la que se enumeren todos los medicamentos de Medicaid cubiertos en nuestro plan. También encontrará esta información en nuestro sitio web o llamando a su Coordinador de Cuidado o Servicios para Afiliados.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios* (*EOB, por sus siglas en inglés*).

En la EOB, se le indica el monto total que usted u otras personas en su nombre gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados,* se proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para recibir una copia, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su perfil de afiliado

Para mantener su perfil de afiliado actualizado, debe avisarnos cuando cambie su información.

La necesitamos para asegurarnos de que tenemos la información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su perfil de afiliado para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o la compensación laboral;
- toda reclamación por responsabilidad, como las derivadas de un accidente automovilístico;
- ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- cuidado en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en la designación de su cuidador (o la persona responsable de usted) **y**
- participación en un estudio de investigación clínica. (**Tenga en cuenta lo siguiente:** No es necesario que nos cuente acerca de un estudio de investigación clínica en el que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esa información cambia, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información personal sobre su salud (PHI)

La información de su perfil de afiliado puede incluir información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos su PHI privada. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Afiliados*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo se le proporciona información de contacto para obtener recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Servicios para Afiliados. 16
B. Su Coordinador de Cuidados 18
C. MI Options, Programa Estatal de Seguro de Salud (SHIP) 20
D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) 21
D1. Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda. 22
E. Medicare 22
F. Michigan Medicaid. 23
G. Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) 24
H. Programa de Mediación de Cuidados a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP). 24
I. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos 25
I1. Ayuda Adicional de Medicare 25
J. Seguro Social 25
K. Railroad Retirement Board (RRB) 26
L. Otros recursos 27

A. Servicios para Afiliados

TELÉFONO	Llame al 855-281-6070. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	Llame al 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Humana P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4169
SITIO WEB	**es-www.humana.com** Chat en vivo disponible a través de **es-www.humana.com**

Comuníquese con Servicios para Afiliados si desea obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su cuidado de la salud
  - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de la salud es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios con cobertura, **o**
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura sobre el cuidado de la salud.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados.*
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
  - Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* o comuníquese con Servicios para Afiliados.

- Quejas sobre el cuidado de su salud
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (sea un proveedor de la red o no). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) sobre la calidad del cuidado que recibió (consulte la **Sección F** a continuación).
  - Puede llamarnos y explicar su queja al 855-281-6070.
  - Si su queja formal se refiere a una decisión de cobertura sobre su cuidado de la salud, puede presentar una apelación. *(Consulte la sección anterior).*
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Puede ponerse en contacto con el Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) para obtener ayuda con su queja. Puede comunicarse con el Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) llamando al 1-800-746-6456 o visitando www.meji.org/contact-meji.
  - A fin de obtener más información sobre cómo presentar una queja formal sobre su cuidado de la salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    - el monto que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta sin receta de Medicaid.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte la **Sección F4 del Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

- Apelaciones sobre los medicamentos
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

- Quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar cualquier queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si tiene una queja sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, **Capítulo 2, Sección A).**

- Puede enviar una queja formal sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

- Pago por el cuidado de la salud o medicamentos por los que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y negamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

B. Su Coordinador de Cuidados

Con Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), tiene todo un equipo de cuidado con el que trabajar para ayudar a satisfacer sus necesidades y objetivos de salud. Este servicio forma parte de este plan y no tiene ningún costo para usted.

Usted es fundamental para su equipo de cuidado y podrá tener una consulta telefónica con su propio coordinador de cuidado personal. Las consultas a domicilio también pueden estar disponibles si tiene necesidades complejas de salud, salud mental o servicios a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y con cualquier miembro de su familia u otros cuidadores que usted elija. Su coordinador de cuidado puede ayudarle a mantenerse saludable al asegurarse de que usted y sus proveedores trabajen juntos con el fin de satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos aquí para ayudarle a comprender y seguir las instrucciones y el plan de tratamiento. Al trabajar con usted, su coordinador de cuidado también puede involucrar a otros profesionales de la salud, como profesionales de enfermería, trabajadores sociales, especialistas en servicios a largo plazo y salud del comportamiento: este es su equipo de atención.

Nuestros coordinadores de cuidado están aquí para ayudarle a mantener su seguridad y salud. Por ejemplo, su coordinador de cuidado puede hacer lo siguiente:

- Apoyarlo en la búsqueda de formas de gestionar su salud
- Responder a sus preguntas de salud
- Trabajar con usted y sus médicos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a asegurarse de que tiene todos sus medicamentos y sabe cómo tomarlos
- Apoyar a las personas que padecen afecciones crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas y otras enfermedades
- Apoyar sus objetivos de salud y ayudarle a alcanzarlos
- Ayudarle a ponerse en contacto con los servicios comunitarios donde vive

- Proporcionar cuidado médico después de una hospitalización
- Ayudarle a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o en un hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarle a mantenerse seguro en tiempos de emergencia
- Hacer que su hogar sea más seguro para que usted permanezca en él

Consulte la tabla a continuación para comunicarse con su coordinador de cuidado. Si aún no tiene uno, solicite uno mediante la misma tabla.

TELÉFONO	Llame al 855-281-6070. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	Llame al 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Humana PO Box 14359 Lexington, KY 40512-4169
SITIO WEB	**es-www.humana.com** Chat en vivo disponible a través de **es-www.humana.com**

Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el cuidado de la salud.
- Preguntas sobre la obtención de servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por uso de sustancias).
- Preguntas sobre el transporte.
- Si su proveedor o Coordinador de Cuidado cree que usted puede ser elegible para recibir cuidados a largo plazo o apoyos y servicios adicionales para mantenerlo en su hogar, lo remitirán a una agencia que decidirá si usted es elegible para esos servicios.

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de cuidado de la salud y las actividades cotidianas. Si es elegible para Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), es posible que pueda obtener los siguientes servicios:

- Servicio Diurno para Adultos, también conocido como Cuidado Diurno para Adultos
- Servicios de Comportamiento
- Habilitación Diurna, también conocida como Habilitación
- Sistema de Respuesta de Emergencia a Domicilio
- Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental
- Envío de Comidas a Domicilio
- Cuidado de la Salud en el Hogar
- Asistencia Doméstica
- Enfermería Intermitente
- Enfermería especializada
- Asistente personal
- Sistemas de Respuesta de Emergencia Personal
- Terapia Física, Ocupacional y del Habla: también conocidas como Servicios de Rehabilitación
- Servicios Prevocacionales
- Descanso
- Cuidado de enfermería especializada
- Equipos y Suministros Especializados
- Programa de Vivienda con Apoyo, también conocido como Servicio de Vida con Apoyo

C. MI Options, Programa Estatal de Seguro de Salud (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud o SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas de Medicare. En Michigan, el SHIP se llama MI Options.

MI Options es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno Federal para ofrecer asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

TELÉFONO	800-803-7174, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	711, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
DIRECCIÓN	MI Options P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909
EMAIL	MDHHS-MIOPTIONS@Michigan.gov
SITIO WEB	www.michigan.gov/MDHHSMIOptions

Comuníquese con MI Options SHIP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre su Medicare
- Los asesores de MI Options SHIP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle con lo siguiente:
  - comprender sus derechos,
  - comprender sus opciones de plan,
  - responder preguntas sobre planes de cambio,
  - hacer quejas sobre el cuidado de la salud o tratamiento, **y**
  - resolver los problemas con sus facturas.

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health para mejorar la calidad. Este es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No se relaciona con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-524-9900 Esta llamada es gratuita.
TTY	La QIO utiliza un número TTY directo. El número de teléfono TTY es 1-888-985-8775. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.

DIRECCIÓN	Commence Health 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	**www.livantaqio.com**

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- presentar una queja sobre el cuidado que recibió en los siguientes casos:
  - tiene un problema con la calidad del cuidado, como una medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
  - piensa que su estancia en el hospital termina demasiado pronto, ***o***
  - cree que el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está por terminar demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS). Esta agencia contrata a organizaciones Medicare Advantage, como nuestro plan.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a estos números son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
CHAT EN VIVO	Chat en vivo en **www.Medicare.gov/talk-to-someone**
DIRECCIÓN	Escriba a Medicare en PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB	**www.medicare.gov** • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, se incluyen lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos participantes en Medicare u otros proveedores de cuidado de la salud. • Investigue qué cubre Medicare, se incluyen los servicios preventivos (como las pruebas de detección, las inyecciones o las vacunas, y las visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, instalaciones de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados prolongados. • Buscar sitios web y números de teléfono útiles. • Para presentar una queja a Medicare, vaya a **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

F. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid ofrece apoyo con los servicios médicos y de atención a largo plazo y ayuda con los costos para las personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la línea de ayuda de beneficiarios: 1-800-642-3195 o visite el portal www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

TELÉFONO	Línea de ayuda a beneficiarios 1-800-642-3195 De 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes (excepto los días festivos)
TTY	1-866-324-5553, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.
DIRECCIÓN	400 S. Pine St. 5th Floor Lansing, MI 48933

EMAIL	beneficiarysupport@michigan.gov
SITIO WEB	**www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support**

G. Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO)

El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si usted tiene algún problema o alguna queja y brindarle ayuda para entender qué hacer. El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) también lo ayuda en caso de tener problemas de servicio o facturación. La Oficina no está conectada con nuestro plan o con ninguna empresa de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-746-6456
TTY	1-877-204-1012, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
DIRECCIÓN	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
EMAIL	MI-CHHO@meji.org
SITIO WEB	**https://meji.org/mhlo**

H. Programa de Mediador de Cuidado a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)

El Programa de Mediador de Cuidado a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El MLTCOP no está conectado con nuestro plan ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud.

TELÉFONO	517-827-8040.
DIRECCIÓN	MLTCOP - MEJI 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing. MI 48906
EMAIL	MLTCOP@meji.org
SITIO WEB	**www.mltcop.org/**

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, como se describen a continuación.

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, también recibe "Ayuda Adicional" de Medicare a fin de pagar los costos de su plan de medicamentos. No hace falta que haga nada para recibir esta "Ayuda Adicional".

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a estos números son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	**www.medicare.gov**

Si cree que el monto que está pagando por su medicamento recetado en una farmacia es incorrecto, nuestro plan tiene un proceso para ayudar a obtener evidencia de cuál es su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a que nos comparta esta evidencia.

- Si ya tiene un documento que demuestra que es elegible para "Ayuda adicional", puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para que alguien le complete una receta. Puede proporcionarnos evidencia o mostrar pruebas en la farmacia.
- Cuando obtengamos la evidencia que muestra el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga en exceso su copago, se lo devolveremos mediante un cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y debe pagar una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página si tiene preguntas.

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y se encarga de la afiliación a Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal es importante que se comunique con la Seguridad Social para informarlo.

TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

K. Railroad Retirement Board (RRB)

La RRB es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de RRB, hágales saber si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de RRB, comuníquese con la agencia.

TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de RRB en los siguientes horarios: de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	**www.rrb.gov**

L. Otros recursos

Programa de Mejora de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés)

Tenemos un programa de Mejora de la Calidad (QI) que se centra en el cuidado clínico y preventivo y en las funciones de servicio para afiliados del plan de salud. Tiene derecho a informarnos sobre los cambios que cree que deberíamos realizar. Para informarnos sobre cambios u obtener una copia impresa del programa de Mejora de la Calidad (QI) de Humana, envíe una solicitud por correo electrónico a la siguiente dirección: Departamento de Cumplimiento y Acreditación de Operaciones de Calidad Humana, Informe de Progreso de QI, 321 West Main Street, WFP 20, Louisville, KY 40202 o llame a Servicios para Afiliados de Humana Gold Plus al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita.

Capítulo 3: Usar la cobertura de nuestro plan para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de cuidado, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (se incluyen los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para adquirir Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés). Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Afiliados.*

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 30

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan. 30

C. Su coordinador de cuidado 31

C1. Qué es un coordinador de cuidado 31

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado 32

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado 33

D. Cuidado de proveedores 33

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) 33

D2. Cuidado por parte de especialistas y otros proveedores de la red 35

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 36

D4. Proveedores fuera de la red 37

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 37

F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) . . . 37

G. Cómo obtener cuidado autodirigido 38

G1. Qué es el cuidado autodirigido 38

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones de exención) 38

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde). 38

H. Servicios de transporte 38

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre 38

I1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica 38

I2. Cuidado de urgencia 40

I3. Cuidado durante un desastre 41

J. Qué pasa si se le facturan directamente los servicios cubiertos 42

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 42

K. Cobertura de los servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica 42

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 42

K2. Pago por servicios mientras participa en un estudio de investigación clínica 43

K3. Más información acerca de los estudios de investigación clínica 43

L. Qué cobertura tienen sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 44

L1. Definición de institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 44

L2. Recibir cuidado en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 44

M. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 44

M1. DME como afiliado a nuestro plan 44

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original 45

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan 45

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA) 46

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios son cuidado de la salud, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipo y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. El cuidado de la salud, la salud del comportamiento y los LTSS cubiertos figuran en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*.

Los **proveedores** son médicos, profesionales de enfermería y otras personas que le brindan servicios y cuidados y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, servicios para la salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios de LTSS.

Los **proveedores de red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago y el monto de su parte de los costos compartidos como pago completo. Dispusimos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por el cuidado que le prestan. Cuando utiliza un proveedor de red, por lo general, solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid. Esto incluye salud del comportamiento y LTSS.

En general, nuestro plan pagará por los servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento cubiertos y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para tener la cobertura del plan, se debe cumplir lo siguiente:

- El cuidado que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.
- El cuidado debe ser **necesario por razones médicas.** Con “necesario por razones médicas”, nos referimos a que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** que le proporcione y supervise su cuidado. Como afiliado al plan, debe elegir un proveedor de red para que sea su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de red debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **referido**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
    - Usted no necesita referidos de su PCP para el cuidado médico en casos de emergencia, cuidado urgente ni para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de

cuidado sin tener un referido de su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).

- **Debe obtener su cuidado de proveedores de la red** (para obtener más información, vaya a la **Sección D** de este capítulo)**.** Por lo general, no cubriremos el cuidado de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagar al proveedor la totalidad de los servicios que obtenga. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Cubrimos el cuidado de emergencia o urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, vaya a la **Sección I** de este capítulo).
  - Si necesita cuidado que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de red no pueden proporcionárselo, puede obtenerlo de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos el cuidado como si lo recibiera de un proveedor de la red. Si quiere obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
  - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es asequible. El costo compartido que paga por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su participación en los costos no puede ser mayor que la participación en los costos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y decide recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores. Si es posible, llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página antes de abandonar el área de servicio con el fin de que podamos ayudarle a realizar los arreglos para que tenga una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
  - El plan cubre una segunda opinión de un proveedor de red u organiza que el afiliado obtenga una fuera de la red, sin costo alguno para usted.

C. Su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

Su Coordinador de Cuidado lo ayudará a establecer prioridades y a vincular a todos sus médicos, farmacias, cuidado de la salud del comportamiento y apoyo y servicios de atención a largo plazo a través de su plan de salud. El Coordinador de Cuidado lo ayudará a asegurarse de que sus médicos y otros proveedores trabajen juntos para satisfacer sus necesidades y honrar sus opciones. El Coordinador de Cuidados lo conecta con los apoyos y servicios que necesita para estar sano y vivir donde desee. Esta persona lo ayudará con su plan de cuidado, responderá sus preguntas, lo ayudará a obtener citas y servicios, organizará el transporte y más.

Con su plan Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), tiene todo un equipo de cuidado con el que trabajar para ayudar a satisfacer sus necesidades y objetivos de salud. Este servicio forma parte de su plan y no tiene ningún costo para usted.

Usted es fundamental para su equipo de cuidado y podrá tener una consulta telefónica con su propio coordinador de cuidado personal. Su coordinador de cuidado realizará una evaluación de riesgos para la salud cuando se inscriba en el plan, como se describe en el Capítulo 1. Las reevaluaciones también se realizarán anualmente, si se solicita o si su afección cambia. Las consultas a domicilio en persona también pueden estar disponibles si usted tiene necesidades complejas de salud, salud mental o servicios y necesidades de apoyo a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y con cualquier miembro de su familia u otros cuidadores que usted elija.

Su coordinador de cuidado puede ayudarle a mantenerse saludable al asegurarse de que usted y sus proveedores trabajen juntos con el fin de satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos aquí para ayudarle a comprender y seguir las instrucciones y su plan de tratamiento. Al trabajar con usted, su coordinador de cuidado también puede involucrar a otros profesionales de la salud como profesionales de enfermería, trabajadores sociales, servicios a largo plazo y especialistas en salud mental, este es su equipo de cuidado.

Nuestros coordinadores de cuidado están aquí para ayudarle a mantener su seguridad y salud. Por ejemplo, su coordinador de cuidado puede hacer lo siguiente:

- Apoyarlo en la búsqueda de formas de gestionar su salud
- Responder a sus preguntas de salud
- Apoyar a las personas que padecen afecciones crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas y otras enfermedades
- Trabajar con usted y sus médicos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a asegurarse de que tiene todos sus medicamentos y sabe cómo tomarlos
- Apoyar sus objetivos de salud y ayudarle a alcanzarlos
- Ayudarle a ponerse en contacto con los servicios comunitarios donde vive
- Proporcionar cuidado médico después de una hospitalización
- Ayudarle a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o en un hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarle a mantenerse seguro en tiempos de emergencia
- Hacer que su hogar sea más seguro para que usted permanezca en él

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado

Puede comunicarse de forma directa con su coordinador de cuidado o llamar a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado

Usted puede solicitar cambiar su coordinador de cuidado en cualquier momento si llama a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

D. Cuidado de proveedores

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proporcionar y gestionar su cuidado.

Definición de "PCP" y qué hace por usted un PCP

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Su PCP trabajará con usted para coordinar todo su cuidado de la salud. Su PCP hará sus exámenes médicos y tratará la mayoría de sus necesidades rutinarias de cuidado de la salud. Si es necesario, su PCP puede indicarle que realice consultas a especialistas. Puede comunicarse con su PCP si llama a su consultorio. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación de afiliado. Es importante llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico. También puede solicitar al asistente de su PCP o a un profesional de enfermería.

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP. Llame a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

Su PCP puede ser uno de los siguientes tipos de proveedores de cuidado de la salud:

- Médico de familia.
- Profesional médico.
- Internista.
- Centro de salud acreditado federalmente o un centro de salud rural.
- Proveedor de Cuidado de la Salud para Mujeres (WHCP, por sus siglas en inglés) u ginecólogo: un Proveedor de Cuidado de la Salud para Mujeres (WHCP) es un médico, profesional de enfermería practicante u otro proveedor que se especializa en obstetricia, ginecología o práctica familiar. Las mujeres afiliadas pueden elegir a un WHCP como su PCP o pueden utilizar un WHCP según sea necesario y sin necesidad de obtener un referido.

A veces, los tratamientos nuevos funcionan muy bien y, a veces, no. Algunos incluso pueden tener efectos secundarios adversos. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) realiza un seguimiento de nuevas investigaciones médicas. De esa manera decide los nuevos beneficios para su plan de salud. Si cree que una nueva tecnología o tratamiento médico podría ayudarle, llame a su PCP. Su PCP trabajará con Humana Dual

Integrated (HMO D-SNP) para averiguar si puede ayudarle y si estará cubierto por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

Su elección de PCP

Para obtener información sobre cómo elegir su PCP, llame a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

Si prefiere tener un PCP que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, llame a Servicios para Afiliados. Los afiliados que se identifican como indios americanos o nativos de Alaska pueden tener proveedores designados como proveedores de cuidado de la salud indios, si así lo desean. Usted no está limitado a estos proveedores y puede elegir cualquier proveedor de la red. Para obtener ayuda en la localización de un proveedor de cuidado de la salud indio, llame a Servicios para Afiliados al número indicado anteriormente.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP sale de nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP dentro de nuestra red.

Si desea cambiar su PCP por cualquier motivo, debe llamar a Servicios para Afiliados con el fin de informarnos. Las solicitudes de cambio recibidas antes del último día del mes, por lo general, serán efectivas el primer día del mes siguiente. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado con su nuevo PCP. Los Servicios para Afiliados también pueden ayudarle a programar su primera cita, si es necesario.

Para encontrar los PCP, puede hacer lo siguiente:

- Consultar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias.*
- Consultar nuestro sitio web en **es-www.humana.com/findadoctor.**
- Llamar a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si necesita una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, llame a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

Es posible que no pueda hacer el cambio si el nuevo PCP que desea no acepta nuevos pacientes o tiene otras restricciones. Llámenos si necesita ayuda.

Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y tenga que encontrar uno nuevo. Puede llamarnos si necesita ayuda para elegir un PCP diferente. Asegúrese de informar a Servicios

para Afiliados si actualmente está consultando a especialistas o a otros proveedores que requirieran un referido de su PCP anterior. Nos aseguraremos de que pueda continuar con cualquier servicio que ya se haya aprobado.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de tener otros proveedores. Esta aprobación se denomina **"referido"**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener antes la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Servicios urgentes con cobertura que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias que obtenga este servicio de los proveedores dentro de la red. Son ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina con su proveedor necesarias por razones médicas (como los exámenes médicos anuales) no se consideran necesarias con urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Llame a Servicios para Afiliados antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la influenza, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que lo vacune un proveedor de la red.
- Servicios rutinarios de cuidado de la salud y planificación de la familia para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, puede tener estos proveedores sin la necesidad de un referido.
- Todos los servicios preventivos cubiertos siempre que los obtenga de un proveedor de red.
- Evaluaciones, consultas, terapia y gestión de medicamentos para farmacodependencia y salud mental de pacientes ambulatorios con proveedores de la red.
- Tratamiento de emergencia o crisis para problemas de salud mental y farmacodependencia.

D2. Cuidado por parte de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico proveedor de cuidado de la salud que trata una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, como:

- Oncólogos que cuidan a los pacientes con cáncer.
- Cardiólogos que cuidan a los pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas que cuidan a los pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP o su Proveedor de Cuidado de la Salud para Mujeres (WHCP) puede recomendarle un especialista si tiene un problema específico. Su PCP o WHCP también pueden recomendarle un laboratorio o un hospital para servicios especiales.

Es posible que necesite un referido para poder consultar a un especialista o a un proveedor que no sea su PCP. Un referido significa que su PCP de la red debe darle la aprobación antes de que pueda utilizar el otro proveedor. Si no recibe un referido, nuestro plan puede no cubrir el servicio. Si está utilizando a un especialista para su cuidado, es posible que tenga que regresar a su PCP para un referido para los servicios adicionales.

Es posible que tengamos que revisar y aprobar las solicitudes de servicio antes de que pueda obtener los servicios de un especialista. El especialista, el laboratorio o el hospital sabrán cómo obtener la aprobación para estos servicios. Esto se denomina "autorización previa". Consulte la **Sección C del Capítulo 4** para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Su proveedor de red puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tendrá ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a los proveedores acreditados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos si acudió a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, recibe cuidado de su parte o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor acreditado dentro de la red para continuar gestionando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si en la actualidad está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúe recibiendo el tratamiento o las terapias que son necesarios por razones médicas. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo cuidado.
- Le daremos información sobre los períodos de afiliación disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar a un especialista acreditado de la red asequible para usted, debemos organizar que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no pueda satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se necesite autorización previa.
- Si descubre que uno de sus proveedores está abandonando nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su cuidado.

- Si cree que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor acreditado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja de calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja formal de calidad de la atención, o ambas cosas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Su PCP de la red o el plan debe darle la aprobación por adelantado antes de que pueda ver a otros proveedores que no sean de la red del plan. Esto se denomina "referido". Para obtener más información sobre esto y las situaciones en las que puede consultar con un proveedor fuera de la red sin un referido (como una emergencia), consulte este capítulo. Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar por estos servicios usted mismo.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico necesite obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina "autorización previa"). Consulte la **Sección C del Capítulo 4** para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Si tiene un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Michigan Medicaid.

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Michigan Medicaid.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los **Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)** son servicios que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda y a mejorar la calidad de sus vidas. Entre los ejemplos de LTSS, se incluyen ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, así como apoyo para tareas cotidianas, como lavar la ropa, hacer compras y el transporte. Los LTSS se proporcionan durante un período prolongado, generalmente, en hogares y comunidades, pero también en hogares de ancianos y otros centros.

F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Todos los servicios para la salud del comportamiento de Medicaid y Medicare están cubiertos por su plan. Se seguirán proporcionando todos los servicios para la salud del comportamiento de Medicare y Medicaid existentes a las personas que reciben cuidado en la actualidad y que se afilian a MICH. Algunos servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicaid están gestionados por los Planes de Salud Prepagados para Pacientes Hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) de Michigan, organizaciones con las que el Department of Health and Human Services de Michigan contrata para administrar los beneficios de salud del comportamiento cubiertos por Medicaid. Nosotros gestionaremos todos los servicios para

salud del comportamiento cubiertos por Medicaid no gestionados por los PIHP y todos los servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Si tiene preguntas sobre la salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de cuidado.

G. Cómo obtener cuidado autodirigido

G1. Qué es el cuidado autodirigido

Tiene la opción de autodirigir sus servicios si es elegible. Usted controlaría un presupuesto y tendría el derecho de contratar y gestionar trabajadores de cuidado personal y otros proveedores.

G2. ¿Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones de exención)?

Su coordinador de cuidado trabajará con usted con el fin de determinar si es elegible para los servicios autodirigidos.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Hable con su coordinador de cuidado si cree que necesita servicios que pueden ser autodirigidos.

H. Servicios de transporte

- **Si tiene una emergencia médica, llame al 911.**
- Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.
- Este plan no cubre los servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia. **Otros servicios de transporte están cubiertos.**
- Es posible que podamos ayudarle a llegar a sus citas médicas y, si es elegible, podríamos ayudarle con el transporte para otras cosas. Si necesita ayuda con el transporte, hable con su coordinador de cuidado.

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

I1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesiones graves o una afección médica que empeora con rapidez. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que dé como resultado lo siguiente:

- riesgo grave a su vida y, si está embarazada, pérdida del feto; **o**
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; **o**
- pérdida de una extremidad o función de una extremidad; **o**

- en el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando:
  - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
  - El traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. Usted **no** necesita aprobación o un referido de su PCP. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de EE. UU. y sus territorios o de cualquier parte del mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su cuidado médico en casos de emergencia. Usted u otra persona deberán llamar para brindarnos información sobre su cuidado médico en casos de emergencia, en general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llamar a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Cuando está fuera del área de servicio y no pueda recibir el cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia y que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos los servicios de emergencia y cuidado de urgencia cubiertos fuera de la red que haya recibido fuera de EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tasas de reembolso no serán mayores que las tasas que Medicare Original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran realizado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. El monto que le paguemos, si lo hubiera, se reducirá en cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tasas no superiores a las tarifas que Medicare Original reembolsaría, y debido a que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas que Medicare Original pagaría, el total de nuestro reembolso más la participación en los costos compartidos aplicables puede ser inferior a los montos que usted paga al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que, en general, Medicare no cubre. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Consulte el **Capítulo 4** a fin de obtener más información. Si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura con el expediente médico para que consideremos el pago. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos preprogramados y planificados (incluido el tratamiento para una afección continua) y/o procedimientos electivos NO están cubiertos.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en la **Sección D del Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Los proveedores que le presten cuidado médico en casos de emergencia deciden cuándo su afección está estable y cuándo termina la emergencia médica. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita cuidado de seguimiento con el fin de mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. Si recibe su cuidado médico en casos de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

Recibir cuidado médico en casos de emergencia cuando no se trata de una emergencia

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o una emergencia relacionada con la salud del comportamiento. Es posible que solicite el cuidado médico en casos de emergencia y que el médico le diga que su caso realmente no es una emergencia. Siempre y cuando usted haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su cuidado médico.

Sin embargo, después de que el médico le diga que no se trata de una emergencia, cubriremos su cuidado adicional únicamente en los siguientes casos:

- Si utiliza el servicio de un proveedor de la red, **o**
- Si el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la siguiente sección.

I2. Cuidado de urgencia

El cuidado de urgencia es aquel que se recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión inesperada.

Cuidado de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos los cuidados urgentes solo si cumplen con las siguientes condiciones:

- El cuidado lo brinda un proveedor de la red, **y**
- Usted sigue las reglas que se describen en este capítulo.

En el caso de que, por razones de tiempo, lugar u otra circunstancias, no sea posible o razonable llegar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado de urgencia de un proveedor fuera de la red.

En el caso de una crisis de salud mental, puede llamar a la línea directa gratuita de crisis al 844-462-7474 (Condado de Wayne) o 586-307-9100 (Condado de Macomb) (TTY 711) para obtener ayuda. Nuestros profesionales del cuidado de la salud mental acreditados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder a sus preguntas, evaluar su salud mental y proporcionar y coordinar los servicios según sea necesario.

Si cree que necesita cuidado de urgencia, puede hacer lo siguiente:

1. Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP) para obtener asesoramiento. Puede comunicarse con su PCP o con un médico de respaldo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O BIEN

2. Llame al 866-220-4102 (TTY: 711) para comunicarse con nuestra línea de consejería de profesional de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O BIEN

3. Acuda a un centro de cuidado de urgencia participante. Estos se encuentran enumerados en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. O bien pueden encontrarlos en nuestro sitio web **es-www.humana.com/plandocuments**. Después de acudir a uno de estos centros, llame siempre a su PCP para programar cuidado de seguimiento.

Cuidado de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado de urgencia que reciba por parte de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina con su proveedor que sean necesarias por razones médicas, tales como los exámenes médicos anuales, no se consideran cuidado de urgencia, incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando está fuera del área de servicio y no pueda recibir el cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia y que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos los servicios de emergencia y cuidado de urgencia cubiertos fuera de la red que haya recibido fuera de EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tasas de reembolso no serán mayores que las tasas que Medicare Original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran realizado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. El monto que le paguemos, si lo hubiera, se reducirá en cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tasas no superiores a las tarifas que Medicare Original reembolsaría, y debido a que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas que Medicare Original pagaría, el total de nuestro reembolso más la participación en los costos compartidos aplicables puede ser inferior a los montos que usted paga al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que, en general, Medicare no cubre. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Consulte el **Capítulo 4** a fin de obtener más información. Si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura con el expediente médico para que consideremos el pago. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos preprogramados y planificados (incluido el tratamiento para una afección continua) y/o procedimientos electivos NO están cubiertos.

I3. Cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado por parte de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información acerca de cómo recibir el cuidado necesario durante un estado de desastre: **es-www.humana.com/alert**.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un estado de desastre, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante un estado de desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

J. Qué pasa si se le facturan directamente los servicios cubiertos

Si un proveedor le envía una factura a usted en lugar de enviarla a nuestro plan, debe solicitarnos que la paguemos por usted. Si pagó por servicios con cobertura o si recibió una factura por servicios médicos con cobertura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados* de este Manual para Afiliados a fin de saber qué hacer.

No debe pagar la cuenta usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios que cumplen con las siguientes características:

- se determina que son necesarios por razones médicas, **y**
- aparecen enumerados en la tabla de beneficios de nuestro plan (consulte la **Sección D del Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*), **y**
- usted sigue las reglas del plan para obtenerlos.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **pagará el costo completo usted mismo.**

Si desea saber si cubrimos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. En el caso de que decidamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho de apelar nuestra decisión.

En la Sección E del Capítulo 9 de este *Manual para Afiliados* se explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También se informa cómo puede apelar nuestra decisión de cobertura. Comuníquese por teléfono con Servicios para Afiliados a fin de obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Existen algunos servicios que cubrimos hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Comuníquese por teléfono con Servicios para Afiliados para conocer los límites de los beneficios y saber cuántos de sus beneficios ha utilizado.

K. Cobertura de los servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en la que los médicos ponen a prueba nuevos tipos de cuidado de la salud o medicamentos. Para ayudar con este estudio, se piden

voluntarios. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de cuidado de la salud o medicamento funciona y es seguro.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueben un estudio en el que usted desea participar y por el que expresa interés, una de las personas que trabajan en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará acerca del estudio y verá si usted es elegible para participar en él. Podrá participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También es necesario que comprenda y acepte lo que debe hacer para el estudio.

Puede permanecer inscrito en nuestro plan mientras participe en el estudio. De esa manera, continuará recibiendo cuidado no relacionado con el estudio por parte de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brindan cuidado como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED, por sus siglas en inglés) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los afiliados, le recomendamos a usted o a su coordinador de cuidado médico que se comuniquen con Servicios para Afiliados a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por servicios mientras participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios que cubre el estudio. Medicare pagará por los servicios que cubre el estudio, así como los costos rutinarios asociados con su cuidado. Cuando participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de los nuevos cuidados

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, deberá pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

K3. Más información acerca de los estudios de investigación clínica

Para obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, puede leer “Medicare & Clinical Research Studies” (Estudios de investigación clínica y Medicare) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf).

También puede comunicarse por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

L. Qué cobertura tienen sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico

L1. Definición de institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico

Una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico es un lugar que proporciona el cuidado que, por lo general, se brindaría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir este cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, le proporcionaremos la cobertura para recibirlo en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico.

Este beneficio es solo para los servicios de paciente internado de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de la salud sin carácter médico).

L2. Recibir cuidado en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico

Para recibir cuidado en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico, deberá firmar un documento legal en el que conste que usted se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es todo cuidado **voluntario y no exigido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cualquier cuidado que **no es voluntario y es requerido** por la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan lo cubra, el cuidado que reciba de una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos del cuidado.
- Si recibe servicios por parte de esta institución en un centro:
    - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para el cuidado de hospitalización o el cuidado en un centro de enfermería especializada;
    - Debe obtener nuestra aprobación antes de ingresar al centro, o su estadía **no** tendrá cobertura.

Se aplican los límites de cobertura de hospital para pacientes hospitalizados de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios médicos en la **Sección C del Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*).

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como afiliado a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos necesarios por razones médicas

solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés), dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre tendrá la propiedad de ciertos artículos de DME, como las prótesis.

Mientras que otros tipos de DME deben alquilarse. Como afiliado de nuestro plan, por lo general **no tendrá** la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

Incluso si usted tenía el equipo médico duradero durante hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted **no será** dueño del equipo.

M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME obtienen la propiedad del equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de tener la propiedad del equipo.

Tendrá que realizar 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o la cantidad de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage (MA), para ser propietario del artículo de DME si cumple con las siguientes condiciones:

- usted no se convirtió en el propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan; **y**
- usted abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o un plan MA.

Si usted realizó pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o MA no cuentan para los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o una serie de pagos consecutivos nuevos establecidos por el plan de MA para tener la propiedad del artículo de DME.
- No existen excepciones a esto una vez que regrese a Medicare Original o a un plan MA.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan

Si usted es elegible para recibir equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, la empresa cubrirá:

- el alquiler de equipos de oxígeno
- el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- los tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- el mantenimiento y la reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea necesario por razones médicas o en el caso de que usted abandone nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es necesario por razones médicas y **usted abandona nuestro plan y cambia a Medicare Original**, lo alquila a un suministrador por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es necesario por razones médicas **después de que usted lo alquile durante 36 meses,** el suministrador debe proporcionarle lo siguiente:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses,
- equipo y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si es necesario por razones médicas.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario por razones médicas **al final del período de 5 años:**

- El suministrador ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener equipo de repuesto de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila a un suministrador durante 36 meses.
- Luego, su suministrador proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea necesario por razones médicas.

Cuando el equipo de oxígeno sea necesario por razones médicas y **usted abandone nuestro plan y cambie a otro plan MA,** el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo, encontrará información acerca de los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite en esos servicios. También encontrará información sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Sus servicios con cobertura 47
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por sus servicios 47
C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan 48
D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan 50
E. Beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros 119
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 120
G. Beneficios no cubiertos por el plan, Medicare ni Michigan Medicaid 120

A. Sus servicios con cobertura

En este capítulo, encontrará información sobre los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga por cada servicio. También puede obtener información acerca de los servicios que no tienen cobertura. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Michigan Medicaid, no deberá pagar por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información acerca de las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios tienen cobertura, llame a su coordinador de cuidado y/o Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por sus servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Le pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios con cobertura. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados* o llame a Servicios para Afiliados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 855-281-6070, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le indica cuáles son los servicios por los que paga el plan. En ella, encontrará las categorías de servicios en orden alfabético y una explicación de cada una.

La empresa paga por los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios siempre que se cumplan las siguientes reglas.

Usted **no** pagará nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se enumeran a continuación.

- Ofrecemos servicios con cobertura de Medicare y Michigan Medicaid de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios para la salud del comportamiento y el consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser "necesarios por razones médicas". Se entiende por "necesario por razones médicas" cualquier servicio, suministro o medicamento que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le impidan ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga la aprobación por adelantado para cualquier curso activo de tratamiento, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba por parte de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que se trate de un cuidado de urgencia o de emergencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. El **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* contiene más información acerca del uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y supervisa su cuidado. En la mayoría de los casos, debe recibir la aprobación de su PCP antes de utilizar un proveedor diferente o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina referido. El **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* contiene más información acerca de cómo obtener un referido y cuándo **no** se necesita uno.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Esto se denomina *autorización previa* (PA, por sus siglas en inglés). Marcamos los servicios con cobertura que necesitan PA con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios.

Si su plan ofrece la aprobación de una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo en el que es necesario por razones médicas para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor del tratamiento.

Información Importante acerca de los Beneficios para Afiliados con Ciertas Afecciones Crónicas

- Si usted tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales a través del subsidio de Healthy Options:

- Los afiliados que hayan sido diagnosticados con una o más afecciones crónicas elegibles identificadas a continuación y que tienen una reclamación médica con Humana con una fecha de servicio con fecha del 1/1/2021 o posterior que refleje dicho diagnóstico pueden ser elegibles para recibir beneficios adicionales a través del subsidio de Healthy Options.
  - Trastornos autoinmunes
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares
  - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
  - Afecciones que presentan desafíos funcionales
  - Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
  - Afecciones mentales crónicas e incapacitantes
  - Enfermedad gastrointestinal crónica
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - VIH/SIDA
  - Hiperlipidemia crónica
  - Hipertensión crónica
  - Trastornos neurológicos
  - Trasplante de órganos
  - Trastornos hematológicos graves
  - Derrame cerebral
- En algunos casos, los afiliados pueden ser elegibles luego de realizar una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) e indicar un diagnóstico de una o más afecciones crónicas elegibles.
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” de la Tabla de Beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Uniformidad y Flexibilidad del Transporte Médico que No Sea de Emergencia

Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación, usted es elegible para el beneficio de Uniformidad y Flexibilidad del Transporte Médico que No Sea de Emergencia.

- Cáncer
- Enfermedad Renal Crónica (CKD, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Consulte los detalles en la sección "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" de la Tabla de Beneficios que aparece a continuación.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana indica cuáles son los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal Nuestra empresa paga por una única prueba de detección de ecografía para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica lo refiere a un especialista.	Copago de $0
Acupuntura Nuestra empresa paga hasta 20 consultas por año calendario en casos de dolor lumbar crónico, definido de la siguiente manera: • con una duración de 12 semanas o más; • no específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como causas que no están asociadas con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); • no asociado con la cirugía; **y** • no asociado con el embarazo. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si su condición no mejora o si esta empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal y como se definen en la Sección 1861[r][1] de la Ley de la Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), los profesionales de enfermería practicantes (NP, por sus siglas en inglés), los profesionales de enfermería clínica especializados (CNS, por sus siglas en inglés) (tal como se identifican en la Sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA, un NP o un CNS conforme a nuestra reglamentación en §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). Su plan también permite que un proveedor con licencia para realizar acupuntura reciba los servicios.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que consumen alcohol, pero no padecen alcoholismo. Esto incluye mujeres embarazadas. Si da positivo en una prueba de detección de consumo de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoría presencial por año (si se encuentra en pleno uso de sus facultades y alerta durante la asesoría) con un proveedor de cuidado primario (PCP) acreditado o por un profesional médico en un entorno de cuidados primarios.	Copago de $0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia con cobertura, ya sea en situaciones de emergencia o no, incluyen traslado por tierra y aire (avión y helicóptero) y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que le pueda brindar cuidado. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de cuidado puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben contar con la aprobación del plan. En los casos que no constituyen una emergencia, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de cuidado puedan poner en riesgo su vida o su salud.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Consulta anual de bienestar Puede obtener un examen médico anual. Esta consulta sirve para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Cubrimos este examen una vez cada 12 meses. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Su primera consulta anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses posteriores a su consulta de **Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no es necesario haber asistido a la consulta de **Bienvenida a Medicare** para recibir las consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medición de la masa ósea Cubrimos ciertos procedimientos para afiliados elegibles (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis). En estos procedimientos se identifica la masa ósea, se detecta la pérdida ósea o se averigua la calidad de los huesos. Cubrimos estos servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario por razones médicas. También cubrimos la consulta con un médico para que observe y comente los resultados.	Copago de $0
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	Copago de $0
Extractores de leche (Medicaid) • Extractores de leche eléctricos de grado hospitalario ○ Solo para alquiler ○ Cobertura para un afiliado que tenga un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU, por sus siglas en inglés), hasta los 3 meses de edad ○ Cobertura para casos en los que el bebé tiene un problema grave de alimentación o en los que el bebé o la madre se encuentran internados, lo que daría lugar a que haya una separación física entre la madre y el bebé ○ Cobertura continua más allá de los primeros 3 meses; se debe proporcionar documentación adicional • Extractor de leche eléctrico doble de uso personal ○ Solo para compra ○ Cobertura una vez cada 5 años siempre que se cumplan los criterios necesarios **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Extractores de leche (Medicaid) (continuación) • Extractor de leche manual ○ Solo para compra ○ Una vez por cada nacimiento, siempre que se cumplan los criterios ○ Para afiliados que hayan tenido parto múltiple, solo se cubre 1 extractor	Copago de $0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Cubrimos servicios de rehabilitación cardíaca, entre los que se incluyen el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los afiliados deben cumplir ciertas condiciones y contar con el referido de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.	Copago de $0
Consulta de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año, o más si es necesario por razones médicas, con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede hacer lo siguiente: • analizar el uso de aspirinas, • comprobar su presión arterial **y/o** • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	Copago de $0
Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Cubrimos los análisis de sangre para comprobar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también comprueban si existen defectos debido a un alto riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de un profesional de enfermería obstétrica certificado (CNM, por sus siglas en inglés) (Medicaid) La cobertura incluye, entre otros, los siguientes servicios: • Cuidado de maternidad (Obstetricia), incluido el cuidado antes del parto, el parto hospitalario y el cuidado posparto • Cuidado del recién nacido • Servicios de cuidados primarios para mujeres durante toda su vida, incluidos los exámenes físicos • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud frecuentes • Servicios ginecológicos y de planificación familiar • Servicios de salud reproductiva • Servicios anticonceptivos • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual y salud reproductiva para parejas masculinas • Prescripción de intervenciones y tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, que se encuentren dentro de la especialidad del CNM	Copago de $0 Copago de $0
Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Cubrimos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han tenido un examen de Papanicolau anormal en los últimos 3 años y que están en edad reproductiva: un examen de Papanicolau cada 12 meses	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina (Medicaid) Servicios ambulatorios que se proporcionan de forma rutinaria como parte de una consulta de planificación familiar o como seguimiento: • pruebas de Papanicolaou y tratamiento para afecciones precancerosas que comúnmente se originan a partir de una infección de transmisión sexual (ITS)	
Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • ajustes de columna vertebral a su alineación correcta **Servicios de quiropraxia (Medicaid)** Servicios de quiropraxia brindados por un quiropráctico que sean necesarios por razones médicas para el tratamiento de una afección diagnosticada de subluxación de la columna vertebral. • hasta 18 consultas de quiropraxia al año; • 1 juego de radiografías de la columna al año (la subluxación debe demostrarse en radiografías).	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de gestión y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales con cobertura para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de medicamentos y la coordinación y planificación del cuidado.	Copago de $0 Los costos compartidos de este servicio variarán en función de los servicios individuales que se presten en el curso del tratamiento.
Prueba de detección del cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: • La colonoscopía no tiene límite mínimo ni máximo de edad y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, así como una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección previa. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años en adelante que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal tiene cobertura después de transcurridos los 59 meses posteriores al mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada, o 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, pueden recibir cobertura para una colonografía por tomografía computarizada que se realice al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última prueba de detección de colonoscopia. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de una prueba de detección de colonoscopía. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre fecal oculta para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Pruebas de ADN en heces multiobjetivo para pacientes entre los 45 y los 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes entre los 45 y 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare tenga un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW, por sus siglas en inglés) Los CHW son proveedores de salud pública sin licencia que facilitan el acceso a los servicios sociales y de salud necesarios para los afiliados. Los servicios de CHW se centran en la prevención de enfermedades, la discapacidad y otras afecciones crónicas o su progresión, y en la promoción de la salud física y mental. Los servicios de CHW deben ser recomendados por un proveedor con licencia. Entre las condiciones que pueden definir la elegibilidad de un afiliado para los servicios de CHW se incluyen las siguientes: • diagnóstico de una o más afecciones crónicas de salud, incluida la salud del comportamiento; • sospecha o documentación de necesidades sociales relacionadas con la salud no satisfechas; o • embarazo y posparto.	Copago de $0
Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con los siguientes criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de alguna enfermedad relacionada con el tabaco • si se encuentran en pleno uso de sus facultades y alertas durante la asesoría • reciben asesoramiento por parte de un médico acreditado u otro profesional médico reconocido por Medicare Cubrimos dos intentos para dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). **Asesoramiento para dejar de fumar (Medicaid)** Orientación o asesoramiento individual para dejar el tabaquismo en conjunto con medicación para dejar de fumar o sin medicación. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco (continuación) • 4 sesiones de asesoramiento por cada intento para dejar de fumar. • 2 intentos para dejar de fumar cada 12 meses (8 por año). • No hay limitaciones para mujeres embarazadas.	Copago de $0
Servicios dentales Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubrirá los siguientes servicios: • los exámenes y las evaluaciones se cubren una vez cada seis meses • la limpieza es un beneficio que se cubre una vez cada seis meses • el tratamiento con flúor de diamina de plata se cubre un máximo de seis veces de por vida • radiografías • las radiografías de mordida son un beneficio que se cubre solo una vez cada 12 meses • la radiografía panorámica es un beneficio que se cubre una vez cada cinco años • la serie completa de radiografías o la radiografía de boca completa es un beneficio que se cubre una vez cada cinco años • empastes • extracciones dentales • se cubren una vez cada cinco años • los selladores se cubren una vez cada tres años, siempre que se cumplan los criterios • las restauraciones indirectas (coronas) se cubren una vez cada 5 años por diente, siempre que se cumplan los criterios **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. **Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales** Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales. Consulte la definición de **Beneficio Suplementario Obligatorio Dental** al final de esta tabla para conocer más detalles.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga

Servicios dentales (continuación)
• tratamiento de conductos radiculares y retratamiento de una evaluación periodontal completa del conducto radicular anterior
• raspado en presencia de inflamación
• alisado y raspado radicular periodontal
• otros servicios de mantenimiento periodontal
Cubrimos algunos servicios dentales cuando forman parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales como preparación para la radioterapia del cáncer de mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de un órgano.
Además, cubrimos **los Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales** que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico.
Servicios dentales (Medicaid)
• Profilaxis oral: 1 cada 6 meses
  ○ Incluye el raspado y desbridamiento de rutina, la eliminación de manchas y el pulido de la superficie de los dientes
• Selladores: 1 cada 3 años
  ○ Incluye la reparación y sustitución del sellador durante 3 años
• Coronas
  ○ Coronas de acero inoxidable: 1 cada 2 años
  ○ Las coronas tienen cobertura una vez cada 5 años en el mismo diente
• Tratamientos de conductos radiculares: sin límite
• Retratamiento de conductos radiculares: 1 por diente de por vida
Este beneficio continúa en la página siguiente.
	Copago de $0
	* Es posible que se necesite autorización previa.
	<u>Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales</u>
	Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales. Consulte la definición de **Beneficio Suplementario Obligatorio Dental** al final de esta tabla para conocer más detalles.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) • Apicectomía: cobertura después de que haya tenido al menos un procedimiento de conducto radicular y el retratamiento no se haya realizado correctamente o no haya sido posible • Desbridamiento de boca completa: 1 cada 365 días o No se puede realizar en la misma fecha de servicio que una evaluación periodontal ni una profilaxis integral • Mantenimiento periodontal: 1 cada 6 meses • Dentaduras postizas completas y parciales: 1 cada 5 años • Recubrimiento o duplicación de dentaduras: con cobertura después de los primeros 6 meses, una vez cada 2 años • Reparaciones y ajustes: con cobertura después de los primeros 6 meses, dos veces cada 12 meses • Cirugía oral: procedimientos que involucran la mandíbula o los huesos faciales se consideran un beneficio médico • Extracciones: sin límites • Anestesia: cuando sea necesario por razones médicas • Consultas profesionales: cobertura de una llamada al hospital o al centro de cirugía ambulatoria siempre que sea necesario por razones médicas	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. **Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales** Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales. Consulte la definición de **Beneficio Suplementario Obligatorio Dental** al final de esta tabla para conocer más detalles.
Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de cuidados primarios que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios del programa de prevención de la diabetes Nuestro plan cubrirá los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare y los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan: **Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)** • Nuestro plan cubrirá los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) para las personas que sean elegibles. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar el comportamiento saludable. Ofrece formación práctica en los siguientes temas: o cambio de la alimentación a largo plazo, y o aumento de la actividad física, y o formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. **Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (MiDPP, por sus siglas en inglés)** • Nuestro plan cubrirá 28 sesiones estructuradas de una hora sobre cambios en el comportamiento relacionado con la salud proporcionadas por un asesor de estilo de vida inscrito en Medicaid asociado con un proveedor de MiDPP inscrito para afiliados que cumplan con las siguientes condiciones: o tengan sobrepeso u obesidad, según lo definido por el índice de masa corporal (IMC) y tengan una de las siguientes características: o niveles elevados de glucosa en la sangre según los estándares de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) para los requisitos de nivel de glucosa en sangre o antecedentes de diabetes mellitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios del programa de prevención de la diabetes (continuación) ○ puntuación que lo coloca en una posición de "alto riesgo" en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC ○ los afiliados con diabetes tipo 1 o tipo 2 previamente diagnosticada o que estén cursando un embarazo en la actualidad no puede afiliarse al MiDPP	Copago de $0
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) en el caso de que usted tenga alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anómalos de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa) Los exámenes pueden tener cobertura en algunos otros casos, como en caso de sobrepeso y de antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses luego de la fecha de la prueba de detección más reciente.	Copago de $0
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Cubrimos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. – Estas son las únicas marcas de monitores de glucosa en sangre y tiras de prueba que tienen cobertura (preferidas): ACCU-CHEK® fabricado por Roche o productos Trividia que a veces vienen empaquetados bajo el nombre de su farmacia. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación) ○ Humana cubre todos los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que se especifican en la lista de marcas preferidas ya mencionada. En general, los productos alternativos de marcas no preferidas no tienen cobertura, a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su caso específico. Si es nuevo en Humana y está utilizando una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no se encuentra en la lista de marcas preferidas, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días luego de su afiliación al plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa no preferida. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas de productos que se enumeran anteriormente es médicamente apropiada para usted. Los productos de marcas no preferidas no tendrán cobertura después de los primeros 90 días de cobertura sin que se apruebe una autorización previa para una excepción. • Para las personas con diabetes que padezcan enfermedad grave del pie diabético, cubrimos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de insertos cada año calendario; **o** ○ un par de zapatos profundo (incluido el ajuste) y tres pares de insertos cada año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas suministrados con dichos zapatos). En algunos casos, cubrimos la capacitación necesaria para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de doula El plan cubrirá diferentes tipos de servicios de doula, incluidas las doulas comunitarias, doulas prenatales, doulas de parto y nacimiento y doulas de posparto. El plan cubrirá 12 consultas totales durante los períodos prenatal y de postparto y una consulta para el parto y el nacimiento. Es posible que se soliciten consultas adicionales. El apoyo de la doula durante el período prenatal puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente: • servicios prenatales • servicios de trabajo de parto y parto • servicios de postparto **La persona debe contar con una recomendación para recibir servicios de doula por parte de un proveedor de cuidado de la salud con licencia.**	Copago de $0
Equipo Médico Duradero y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual para Afiliados* para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas y soporte para infusión intravenosa (IV) • dispositivos generadores de habla **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Equipo Médico Duradero y suministros relacionados (continuación) • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • mango curvo estándar o caña cuádruple y suministros de repuesto • equipo de tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de cuidado de diálisis Existen otros artículos que pueden tener cobertura. Junto con este *Manual para Afiliados*, le enviamos la lista de DME de nuestro plan. En la lista se informan las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web, **es-www.humana.com**. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME que tenga cobertura de Medicare y Medicaid de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que son necesarios. Si es nuevo en nuestro plan y utiliza una marca de DME que no se encuentra en nuestra lista, le cubriremos esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir qué marca es la más adecuada para usted por razones médicas después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé un referido a fin de obtener una segunda opinión). Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico acerca de qué marca o producto es adecuado para su afección médica. A fin de obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este Manual para Afiliados.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia son los servicios que cumplen con las siguientes características: • los proporciona un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, ***y*** • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica puede ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Este tipo de afección debe ser tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que dé como resultado uno de los siguientes problemas: • riesgo grave para su vida o la del feto; **o** • daños graves a las funciones corporales; **o** • pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en parto activo, en los siguientes casos: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que los de que se prestan dentro de la red. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 Si recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de estabilizarse, debe trasladarse a un hospital de la red para que su cuidado continúe teniendo cobertura. Podrá permanecer en el hospital fuera de la red para recibir cuidado para pacientes hospitalizados solo si nuestro plan aprueba su internación.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado médico en casos de emergencia (continuación) Tiene cobertura para cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	Copago de $0 Si recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de estabilizarse, debe trasladarse a un hospital de la red para que su cuidado continúe teniendo cobertura. Podrá permanecer en el hospital fuera de la red para recibir cuidado para pacientes hospitalizados solo si nuestro plan aprueba su internación.
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o fuera de esta, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/DIU, implantes, inyecciones, píldoras, parches o anillos anticonceptivos) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, film, diafragma, tapón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA y de otras afecciones relacionadas con el VIH **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Se requiere autorización previa para las pruebas de infertilidad y pruebas genéticas

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Deberá firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía) • asesoramiento genético También cubrimos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada) • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	Copago de $0 * Se requiere autorización previa para las pruebas de infertilidad y pruebas genéticas
Servicios de afirmación de género (Medicaid) Tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y farmacológicos de afirmación o confirmación de género. Los servicios deben ser considerados necesarios por razones médicas para el tratamiento de la disforia de género diagnosticada clínicamente.	Copago de $0
Servicios de cuidado prenatal en grupo El plan cubrirá los servicios de cuidado prenatal en grupo si usted tiene un embarazo de bajo riesgo que no requiere supervisión individual. Recibirá capacitación sobre temas de salud como la preparación para el parto, la nutrición y el ejercicio, el manejo del estrés, la lactancia materna, la crianza de los hijos y la anticoncepción. Un proveedor de cuidado de la salud capacitado lleva a cabo las sesiones de grupo e incluyen a otras personas en etapas similares del embarazo. El plan puede cubrir hasta 12 sesiones grupales presenciales por embarazo, además de la consulta profesional de maternidad requerida, si se cumplen las siguientes condiciones: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de cuidado prenatal en grupo (continuación) • La sesión grupal es adicional a la consulta de evaluación física prenatal individual, pero no la sustituye. • La sesión grupal tiene una duración de al menos 60 minutos. • El tiempo dedicado a la sesión grupal está documentado. Una de las 12 sesiones grupales puede estar relacionada con la consulta profesional posterior al parto. **Capacitación sobre el parto y la crianza de los hijos (Medicaid)** Se dictan clases grupales de capacitación sobre el parto y la crianza de los hijos en un entorno de aula. En circunstancias inusuales (como en el caso de que haya entrado tarde en el cuidado prenatal o que no pueda salir de su casa debido a una afección médica), la capacitación puede realizarse en el domicilio de la persona afiliada.	Copago de $0
Programas de capacitación sobre la salud y el bienestar Estos programas se centran en afecciones de la salud, como la presión arterial alta, el colesterol, el asma y las dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los afiliados incluyen el control del peso, la aptitud física y el manejo del estrés. Este plan ofrece materiales y herramientas de educación acerca de la salud en línea e impresos, asesoramiento nutricional y programas de manejo de enfermedades.	Copago de $0
Servicios para la audición Cubrimos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita tratamiento médico. Tienen cobertura como cuidado ambulatorio cuando los recibe por parte de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Para adultos mayores de 21 años, el plan cubre la evaluación y la instalación de un audífono 2 veces al año y cubre un audífono una vez cada 5 años. Para esto se requieren referido y autorización. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. **Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos** Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos Consulte la definición de **Beneficio Suplementario Obligatorio Auditivo** al final de esta tabla para conocer más detalles.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios para la audición (continuación) Además, cubrimos los **Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos** que incluyen una prueba auditiva rutinaria y cobertura de audífonos. **Servicios para la audición (Medicaid)** • Los audífonos tienen cobertura siempre que el afiliado no haya recibido audífonos con cobertura por parte de Medicaid en los últimos 5 años. Se incluye una garantía del fabricante de 24 meses que cubre piezas y mano de obra y una garantía de 12 meses por pérdidas o daños. • Reparaciones y modificaciones de los audífonos. • Sustitución de moldes auriculares: Una vez cada 12 meses; después del período de suministro de 90 días. • Suministros y accesorios para audífonos. • Sustitución de baterías de los audífonos: Hasta 36 baterías por audífono por fecha de servicio. Máximo de 72 baterías por audífono al año. • Dispositivos de asistencia auditiva (ALD, por sus siglas en inglés): Con cobertura en los casos en los que Medicaid no haya cubierto ningún audífono o ALD al afiliado en los últimos 3 años. • Implantes cocleares: Con cobertura para afiliados con hipoacusia pre o poslingüística que cumplan con los criterios de implantación. • Audífonos de anclaje óseo (BAHD, por sus siglas en inglés): Dispositivos BAHD implantables o no implantables cuando no haya otro audífono adecuado.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. **Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos** Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos Consulte la definición de **Beneficio Suplementario Obligatorio Auditivo** al final de esta tabla para conocer más detalles.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda para ciertas afecciones crónicas *** Beneficios Suplementarios Especiales para Personas que Padecen Enfermedades Crónicas** **Humana Healthy Options Allowance™** Subsidio mensual de **$245** que se carga automáticamente en una tarjeta de débito prepaga de uso limitado para su uso en tiendas minoristas participantes para comprar productos elegibles de las siguientes categorías: Subsidio para Venta sin Receta (OTC, por sus siglas en inglés) • Resfriado, influenza y alergia • Cuidado dental y de prótesis dentales • Salud digestiva • Primeros auxilios y suministros médicos • Suministros para la incontinencia y el control de la vejiga • Audífonos de venta sin receta • Alivio del dolor • Cuidado de la piel • Somníferos • Productos para dejar de fumar • Vitaminas, suplementos dietéticos y más Recibirá una tarjeta Humana Spending Account Card nueva para acceder a este beneficio. Para gastar este subsidio, se utiliza esta tarjeta. Active la tarjeta tan pronto como la reciba. • El subsidio puede usarse al principio de cada mes. • Cualquier monto que no gaste se transfiere al mes siguiente y caduca al final del año del plan o cuando se desafilie de este plan, lo que ocurra primero. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Nuestro plan no se hace responsable por el uso no autorizado de los subsidios debido a la pérdida o el robo de las tarjetas. • Al igual que con cualquier tarjeta de débito, guarde esta tarjeta en un lugar seguro, como su billetera. • Guarde esta tarjeta incluso después de gastar el subsidio ya que, las cantidades futuras de este se pueden agregar a esta tarjeta si permanece en el plan. • Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Descargue la aplicación móvil gratuita MyHumana®, disponible en el App Store® o Google Play®, o visite MyHumana.com para buscar tiendas o consultar su saldo. También puede ver el reverso de su tarjeta Spending Account Card para obtener más información. **ADEMÁS,** es posible que pueda utilizar este dinero para comestibles elegibles, servicios públicos, alquiler y más. Si le diagnostican una o más de las afecciones crónicas que se indican a continuación para ser elegible y tiene una reclamación médica con Humana con fecha de servicio el 1/1/2021 o posterior que refleje dicho diagnóstico, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales a través del Humana Healthy Options Allowance. Las nuevas reclamaciones se revisan dos veces por semana para evaluar si los diagnósticos cumplen con los requisitos de elegibilidad. En algunos casos, los afiliados pueden cumplir con los requisitos de elegibilidad si se someten a una Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) que indique un diagnóstico de una o más de las afecciones crónicas para ser elegible. Puede encontrar una HRA para determinar la elegibilidad creando una cuenta de MyHumana e iniciando sesión. Afecciones crónicas para ser elegible: • Trastornos autoinmunes **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Afecciones asociadas al deterioro cognitivo • Afecciones con desafíos funcionales • Trastornos por consumo crónico de alcohol o de otras sustancias • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Hiperlipidemia crónica • Hipertensión crónica • Trastornos neurológicos • Posoperatorio por trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral **Una vez que sea elegible**, puede comprar productos elegibles en las tiendas participantes con el mismo dinero y la misma tarjeta, como: • Comestibles (productos agrícolas, fruta, pan, carne, lácteos, etc.) • Artículos de cuidado personal (pasta dental, champú, jabón corporal, desodorante, etc.) • Productos para el hogar (papel higiénico, toallas de papel, limpiador de baño, detergente para la ropa, etc.) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Dispositivos de ayuda para el hogar (barras de agarre, asientos de inodoro elevados, dispositivos de ayuda para agarrar objetos, etc.) • Suministros de mascotas (comida para mascotas, granulado higiénico para mascotas, champú contra pulgas, etc.; excluye los servicios de aseo, facturas por servicios veterinarios y recetas para mascotas) Este subsidio se puede utilizar para pagar servicios aprobados, como: • Gastos mensuales de vivienda (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, internet, etc.) • Costos de transporte no médico (transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc.) • Servicios personales de respuesta de emergencias a través del proveedor aprobado por el plan • Servicios de control de plagas • Servicios de acompañamiento a través de un proveedor aprobado del plan • Servicios de equipos de calidad del aire interior * Este subsidio para gastos es un programa especial para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos mentales crónicos y discapacitantes, afecciones pulmonares crónicas o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y se aplican otros requisitos. Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se reporte como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) **Uniformidad y Flexibilidad del Transporte Médico que No Sea de Emergencia** Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación, usted es elegible para el beneficio de Uniformidad y Flexibilidad del Transporte Médico que No Sea de Emergencia. • Cáncer • Enfermedad Renal Crónica (CKD) • Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) Este beneficio ofrece viajes de ida ilimitados a todas las ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan dentro del área de servicio por año calendario, hasta 50 millas por viaje. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener información sobre cómo organizar el transporte. Servicios para Afiliados confirmará sus beneficios y lo dirigirá al proveedor de transporte para planificar su viaje. Los afiliados deben programar viajes con el proveedor de transporte al menos 72 horas (3 días hábiles) antes de su cita.	Copago de $0
Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que cumplan con lo siguiente: • soliciten una prueba de detección del VIH, **o** • tengan un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está cursando un embarazo, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita. Una agencia de cuidado de la salud en el hogar debe proporcionar los servicios. Debe permanecer en casa, lo que significa que salir supone un gran esfuerzo. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar a tiempo parcial o de manera intermitente (para tener cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos • asistente de cuidado de la salud en el hogar cuando se le proporciona un servicio de enfermería	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga por las terapias de infusión en el hogar, definidas como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o debajo de la piel y se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesitan lo siguiente: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se proporcionan de acuerdo con su plan de cuidado; **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar (continuación) • capacitación e instrucción de los afiliados, que no están incluido en el beneficio del DME; • supervisión remota; **y** • servicios de supervisión para proporcionar medicamentos y terapia de infusión en el hogar prestados por un suministrador acreditado de terapia de infusión en el hogar.	
Cuidado de hospicio Tiene el derecho de elegir un hospicio si su proveedor y director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe brindarle ayuda para encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo de corta duración • cuidado en el hogar **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que se relacionen con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras pertenezca al programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por nuestro plan que no tienen cobertura de la Parte A de Medicare ni la Parte B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios que no tienen cobertura de la Parte A de Medicare ni la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • El hospicio y nuestro plan nunca cubrirán los medicamentos al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si necesita cuidados que no son de hospicio, llame a su coordinador de cuidados y/o a Servicios para Afiliados para acordar los servicios. Los cuidados que no son de hospicio corresponden a los cuidados que **no están** relacionados con su pronóstico terminal.	Copago de $0
Asistencia de vivienda (Medicaid) Hasta $500 por afiliado al año (el subsidio no utilizado no se transfiere al año siguiente) para ayudar con los siguientes gastos de vivienda: • Alquiler de apartamento o pago de hipoteca (se requiere aviso de pago tardío) • Pago de servicios públicos para la electricidad, el agua o el gas (se requiere aviso de pago tardío) • Alquiler de Estacionamiento y lote para casa rodante si es su residencia permanente (se requiere aviso de pago tardío) • Gastos de mudanza mediante una empresa de mudanzas autorizada al realizar la transición desde una autoridad de vivienda pública	Se requiere la aprobación del plan. • El afiliado no debe vivir en un centro residencial o de enfermería. • Los fondos no se pagarán directamente al afiliado. • Si la factura está a nombre del cónyuge, se puede presentar una partida de matrimonio como prueba.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Programa de comidas Humana Well Dine® Después de su hospitalización en el hospital o centro de enfermería, es elegible para recibir 2 comidas por día durante 7 días sin costo adicional. Se le entregarán a domicilio 14 comidas nutritivas. El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta. Se trata de un beneficio complementario. Para obtener información adicional, comuníquese con el número de Servicios para Afiliados que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.	Copago de $0
Vacunas Cubrimos los siguientes servicios: • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la influenza, una vez por cada temporada de influenza en otoño e invierno, aunque se ofrecen vacunas adicionales si es necesario por razones médicas • vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el **Capítulo 6** de este *Manual para los afiliados* para obtener más información. **Vacunas e inmunizaciones (Medicaid):** Las vacunas y las inmunizaciones están cubiertas cuando se administran de acuerdo con las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Esto incluye las recomendaciones del ACIP basadas en el riesgo vinculado a afecciones de salud, profesiones y viajes. Proveedores y/o farmacéuticos pueden administrar las vacunas y las inmunizaciones.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización Incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitales para pacientes hospitalizados. El cuidado de hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por indicación del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios necesarios por razones médicas que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios normales de enfermería • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios • medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y de sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de farmacodependencia para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si puede recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que la emergencia esté estabilizada. *Se necesita autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización (continuación) Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del sistema de cuidado para su comunidad. Si nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del sistema de cuidado para su comunidad y usted decide recibir su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y traslado para usted y otra persona. • sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración • servicios de médicos especialistas **Tenga en cuenta lo siguiente:** A fin de ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una indicación para ingresarlo formalmente al hospital como paciente hospitalizado. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no tiene la certeza de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de *Beneficios Hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	Copago de $0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que la emergencia esté estabilizada. *Se necesita autorización previa.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Cubriremos hasta 190 días de su ingreso a un hospital psiquiátrico. Una vez agotados los 190 días cubiertos, se le dará de baja del programa y sus servicios pasarán a estar cubiertos directamente por Medicaid.	Copago de $0 *Se necesita autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para instruir sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar decisiones fundamentadas sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre de manera temporal fuera del área de servicio, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual para los afiliados*, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa a un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que le brinde ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipo y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, obtener ayuda en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos: • tiene entre 50 y 77 años; **y** • acude a una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor acreditado; **y** • ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga por otra prueba de detección cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor acreditado. Si un proveedor opta por realizar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas para una prueba de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	Copago de $0
Servicios hospitalarios de cuidados para afecciones agudas a largo plazo (LTACH) (Medicaid) Los servicios hospitalarios de cuidados para afecciones agudas a largo plazo (LTACH, por sus siglas en inglés) suelen ofrecer servicios como terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneales y manejo del dolor, entre otros. El afiliado debe cumplir con los requisitos del nivel de cuidado.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios del Programa de salud maternoinfantil (MIHP) (Medicaid) Servicios del Programa de salud maternoinfantil (MIHP, por sus siglas en inglés) disponibles hasta 12 meses después del parto. • Evaluaciones psicosociales y nutricionales • Desarrollo del plan de cuidados • Servicios de intervención profesional • Educación en salud y nutrición materna e infantil • Organización de transportes según sea necesario para el cuidado de la salud, tratamiento para la farmacodependencia, servicios de apoyo y/o citas relacionadas con el embarazo • Referidos a servicios comunitarios (p. ej., salud mental, farmacodependencia) • Coordinación con otros proveedores de cuidado médico • Educación sobre planificación familiar y referidos • Coordinación u organización de clases educativas sobre parto y crianza • Servicios de apoyo para la lactancia	Copago de $0
Comidas - Reembolso/subsidio por viaje de un día (Medicaid) Pernoctaciones necesarias por razones médicas que incluyen comidas y alojamiento. • Cubierto durante hasta 14 noches consecutivas (las pernoctaciones necesarias por razones médicas que superen los límites requieren aprobación previa) • 1 asistente necesario por razones médicas • Las comidas deben cumplir con una de las siguientes condiciones: ○ Para el desayuno: El vehículo debe salir antes de las 6:00 a.m. y debe regresar después de las 8:30 a.m. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Comidas - Reembolso/subsidio por viaje de un día (Medicaid) (continuación) ○ Para el almuerzo: El vehículo debe salir antes de las 11:30 a.m. y debe regresar después de las 2:00 p.m. ○ Para la cena: El vehículo debe salir antes de las 5:30 p.m. y debe regresar después de las 8:00 p.m. • Para el reembolso de comidas, se requieren los recibos detallados e inalterados que incluyan el nombre del comercio, la dirección, la fecha, la hora y la lista detallada de artículos comprados con el costo de cada artículo. • Las comidas se deben comprar y consumir en el día y durante el tiempo del viaje.	Copago de $0
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, siempre que lo refiera su médico. Pagamos por tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas. Pagamos por dos horas de servicios de asesoría personalizada cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con el referido del médico. Si necesita su tratamiento el próximo año calendario, un médico debe recetar estos servicios y renovar el referido cada año. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra por su cuenta y que se inyectan o infunden mientras obtiene servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas). • Otros medicamentos que tome mediante un equipo médico duradero (como nebulizadores) y que nuestro plan autorizó. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se administra por su cuenta mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: si Medicare pagó por su trasplante de órgano, cubre la terapia con medicamentos para trasplantes. En el momento de realizarse el trasplante cubierto, deberá tener la Parte A y, cuando reciba los medicamentos inmunosupresores, deberá tener la Parte B. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no lo hace • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos por estos medicamentos si no puede salir de su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por su cuenta. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con las debidas instrucciones (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si está disponible el mismo medicamento en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas usados como parte de una quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se usan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Determinados medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato cubiertos por el sistema de pagos de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario por razones médicas) y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada a otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o Metoxi-polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda). A través del siguiente enlace puede abrir una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia por Fases: es-www.humana.com/PAL También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el **Capítulo 5** de este *Manual para los afiliados* se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados. En el **Capítulo 6** de este *Manual para los afiliados* se explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Transporte médico de rutina Los afiliados reciben hasta 48 viajes de ida por año; cada viaje está limitado a 50 millas o menos. Este transporte no es para emergencias y puede realizarse en automóvil, autobús o camioneta. Los afiliados deben programar el transporte con al menos 72 horas o 3 días hábiles de antelación a la cita. Los afiliados deben comunicarse con Servicios para Afiliados para obtener ayuda para identificar al proveedor de transporte de su plan y coordinar el servicio. **Transporte médico que no es de emergencia** Transporte ilimitado para trasladarse hacia o desde sus citas médicas y la farmacia, siempre que sea un servicio cubierto por su plan de Michigan Medicaid. Los tipos de transporte que no es de emergencia incluyen: • Camioneta equipada para sillas de ruedas • Vehículo de servicio • Taxi • Servicios de transporte compartido • Autobús/Metro **Beneficio de transporte adicional** Usted recibe 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida al año para transporte no médico a través de su plan de Michigan Medicaid. Cada viaje puede ser de hasta 30 millas. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Beneficio de transporte adicional (continuación) Algunos de los lugares a los que puede acudir utilizando el transporte no médico incluyen: • Clases de bienestar • Parques • Centros recreativos • Iglesias	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Línea telefónica de consejería de enfermería (HumanaFirst®) Si tiene preguntas sobre los síntomas que está experimentando y no está seguro de si necesita consultar al médico, Humana puede ayudarle. Llame a HumanaFirst, nuestra línea de asesoramiento para afiliados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 866-220-4102 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Está atendida por profesionales de enfermería que pueden ayudarle con sus inquietudes de salud inmediatas y responder preguntas sobre afecciones médicas específicas.	Copago de $0
Cuidado en centros de enfermería Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar donde se brinda cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en casa pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 Cuando sus ingresos superen un monto admisible, debe contribuir para cubrir el costo del cuidado en el centro de enfermería. El monto admisible se basa en la situación de cada persona y se determina cuando una persona solicita ayuda para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como el monto de pago para el paciente (PPA, por sus siglas en inglés), es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en centros de enfermería (continuación) • medicamentos que obtiene como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que suelen realizarse en centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente proporcionan los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios de médicos o profesionales médicos. • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras • beneficios de cuidado de la vista • pruebas auditivas • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría Por lo general, recibirá el cuidado en las instalaciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir el cuidado en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con cuidados continuados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezcan los cuidados de un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde resida su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted reciba el alta **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. Cuando sus ingresos superen un monto admisible, debe contribuir para cubrir el costo del cuidado en el centro de enfermería. El monto admisible se basa en la situación de cada persona y se determina cuando una persona solicita ayuda para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como el monto de pago para el paciente (PPA, por sus siglas en inglés), es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en centros de enfermería (continuación) • el hogar de ancianos donde vivía cuando se afilió a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) Este servicio es un cuidado personal no médico a largo plazo y no se superpone con el cuidado en un centro de enfermería especializada. Debe cumplir con los estándares del nivel de cuidado del Centro de Enfermería de Michigan Medicaid para obtener este servicio. **Supervisión de la salud mental en centros de enfermería (Medicaid)** Tratamiento de seguimiento en respuesta a problemas o necesidades emergentes de un residente de un centro de enfermería. Este servicio no está destinado a proporcionar gestión continua de casos ni a supervisar servicios no relacionados con las necesidades de salud mental del afiliado. **Servicios en centros de enfermería - Instituciones para enfermedades mentales (Medicaid)** Cubiertos para afiliados de 65 años o más. • Cama y pensión, incluida una habitación privada, si es necesario por razones médicas, y servicios dietéticos especiales • Cuidados de enfermería, otros servicios médicos relacionados con los cuidados de enfermería, y uso de equipos que son propiedad del centro y que normalmente se proporcionan en el cuidado y tratamiento del paciente • Servicios de enfermería especializados para pacientes a los que se les ha diagnosticado una enfermedad mental y que tienen otras enfermedades que requieren cuidados de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla de rutina, que consisten en servicios repetitivos necesarios para mantener la función	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa. Cuando sus ingresos superen un monto admisible, debe contribuir para cubrir el costo del cuidado en el centro de enfermería. El monto admisible se basa en la situación de cada persona y se determina cuando una persona solicita ayuda para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como el monto de pago para el paciente (PPA, por sus siglas en inglés), es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por una asesoría para que pueda perder peso. Debe recibir la asesoría en un entorno de cuidados primarios. De esta manera, se puede gestionar con su plan integral de prevención. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información. **Reducción de peso (Medicaid)** La cirugía para la pérdida de peso estará cubierta para el tratamiento de la obesidad en afiliados con un índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg/m², o un IMC >35 kg/m² y <40 kg/m² con, al menos, una afección comórbida. El tratamiento para la obesidad incluye, entre otros, los siguientes servicios: **Este beneficio continúa en la página siguiente.** • Visitas al consultorio • Farmacoterapia • Laboratorio • Salud del comportamiento • Intervenciones quirúrgicas ○ Derivación gástrica; banda gástrica; gastrectomía vertical; extirpación, revisión y/o sustitución de dispositivos de restricción gástrica ajustables y componentes de la vía subcutánea; y repetición de procedimientos	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por el consumo de opiáceos (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, la gestión y administración de estos medicamentos • asesoría sobre el consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	Copago de $0
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios necesarios por razones médicas que no se enumeran aquí: • radiografías • radioterapia (radioterapia y terapia con isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • análisis de laboratorio • sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos (continuación) • pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas (ECG) y tomografías de emisión positrónica (PET, por sus siglas en inglés) cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las solicite para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Observación hospitalaria ambulatoria Pagamos por servicios de observación hospitalaria ambulatoria destinados a determinar si necesita que lo ingresen como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan por indicación del médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Tenga en cuenta lo siguiente:** A menos que el proveedor haya emitido una solicitud para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar "paciente ambulatorio". Si no tiene la certeza de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de *Beneficios Hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos está disponible en **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf**	Copago de $0
Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos los servicios necesarios por razones médicas que presta el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones, como: El plan cubrirá los siguientes servicios y, tal vez, otros que no están enumerados aquí: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) • Servicios prestados en un departamento de emergencias o clínica de pacientes ambulatorios, tales como cirugía ambulatoria o servicios de observación. ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita que lo ingresen en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ En ocasiones, puede pasar una noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre la condición de paciente hospitalizado o paciente ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en la Tabla de Beneficios. • Determinados medicamentos que no se pueden administrar por cuenta propia.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes profesionales: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un profesional de enfermería clínica • un asesor clínico profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) • un profesional de enfermería practicante (NP) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental acreditado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables Los Servicios Especializados para la Salud del Comportamiento de Medicaid son proporcionados por Planes Regionales de Salud Prepaga para Pacientes Hospitalizados (PIHPS) o Proveedores Comunitarios de Servicios de Salud Mental (CMHSP). Esto incluye el cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios. El plan pagará por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí, siempre y cuando sean beneficios de Medicare o Medicaid que no están cubiertos por el PIHP: • servicios clínicos • tratamiento de día • servicios de rehabilitación psicosocial	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagaremos los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener apoyos y servicios adicionales que necesite más allá de lo cubierto por Medicare Parte B, evaluaremos sus necesidades y lo remitiremos a sus Planes Regionales de Salud Prepaga para Pacientes Hospitalizados (PIHPS) o Proveedores Comunitarios de Servicios de Salud Mental (CMHSP) para su atención y tratamiento. Esto incluye los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria Pagamos por las cirugías ambulatorias y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte a su proveedor si va a ser paciente de hospitalización o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una solicitud para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar "paciente ambulatorio".	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. La "hospitalización parcial" se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital. El **servicio intensivo para pacientes ambulatorios** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) proporcionado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Pagaremos la hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. Los apoyos y servicios adicionales que se necesiten y que no estén cubiertos por Medicare serán cubiertos directamente por Medicaid.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de cuidado personal El plan pagará por asistencia práctica que lo ayuda a permanecer en su hogar el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), que son tareas como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio puede incluir actividades fundamentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés), pero solo cuando también exista la necesidad de una ADL. Las IADL incluyen actividades como compras, lavandería, preparación de comidas, recordatorios de medicamentos y acompañamiento cuando vaya a sus citas.	Copago de $0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios de cuidado de la salud o quirúrgicos necesarios por razones médicas en lugares tales como: ○ consultorio médico; ○ centro de cirugía ambulatoria certificado; ○ departamento de pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario **o** especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico, para afiliados que se encuentran en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedades renales en etapa terminal (ESRD) para los afiliados que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos mentales **en los siguientes casos**: ○ Si tiene una consulta presencial en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Si tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por clínicas de salud rural y por centros de salud acreditados a nivel federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **en los siguientes casos**: ○ no es un paciente nuevo; **y** ○ la consulta no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días; **y** ○ la consulta no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible. • Evaluación de los videos y/o imágenes que usted envíe a su médico, así como la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **en los siguientes casos:** ○ no es un paciente nuevo; **y** ○ la evaluación no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días; **y** ○ la evaluación no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente clínico electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de podiatría Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con afecciones que involucran las piernas, como la diabetes **Servicios de podiatría (Medicaid)** • Cuidado rutinario de los pies cuando sea necesario por razones médicas • Desbridamiento de uñas micóticas una vez en un período de 60 días siempre que se realice durante o después de cualquier tratamiento médico adecuado para la micosis causante	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional médico del cuidado de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si es elegible, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos los cargos vinculados a la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoría (incluyendo la evaluación del riesgo de infección por el VIH, la reducción del riesgo de infección por el VIH y el cumplimiento de la toma de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	Copago de $0
Dispositivos protésicos y ortésicos, y otros suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos de ortodoncia • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos por reparaciones y reemplazos de los dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos algunas coberturas después de la cirugía de extirpación o tratamiento de cataratas Consulte “Cuidado de la Vista” más adelante en esta tabla para obtener más información.	Copago de $0 * Es posible que se necesite autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos por los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El médico o proveedor a cargo del tratamiento de la EPOC debe solicitar la rehabilitación pulmonar.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Descanso Es posible que reciba servicios de cuidados de relevo a corto plazo e intermitentes para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de cuidado mientras brindan cuidados de forma no remunerada. Las necesidades de relevo de los trabajadores por hora o por turno deben satisfacerse mediante sustituciones del personal, ajustes de los planes o cambios de ubicación, y no mediante cuidados de relevo. El relevo no está destinado a ser un servicio continuo y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo. El relevo está limitado a 14 noches por cada 365 días, a menos que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) apruebe un tiempo adicional.	Copago de $0
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección del virus de la hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud acreditado solicita una y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera que tenga un riesgo elevado, pagamos por una única prueba de detección. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, continuó usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección negativa del virus de la hepatitis C), cubrimos pruebas de detección anuales.	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas de detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos por las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidado primario debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos por hasta dos sesiones presenciales de asesoría conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidados primarios, como el consultorio de un médico. **Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Medicaid)** Los servicios cubiertos para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes: • Procedimientos de diagnóstico, medicamentos y visitas de seguimiento para tratar una ITS o un trastorno relacionado con las ITS • Pruebas de detección de Papanicolaou y tratamiento para afecciones precancerosas que se suelen originar por una infección de transmisión sexual (ITS) • Servicios preventivos relacionados con la planificación familiar recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés), y vacunas para prevenir las ITS	Copago de $0
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12**. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • habitación semiprivada, o habitación privada si es necesario por razones médicas • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidados, incluidas sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los SNF • análisis de laboratorio que realizan los SNF • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, recibirá el cuidado del SNF en los centros de la red. En ciertas circunstancias, es posible que pueda recibir el cuidado en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: • un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con cuidados continuados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezcan los cuidados de un centro de enfermería especializada) • un centro de enfermería donde resida su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted reciba el alta	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Estipendio para gastos de mantenimiento de un animal de servicio El plan pagará hasta $20 por mes por los gastos de mantenimiento de un animal de servicio si cumple con los siguientes requisitos: • Está recibiendo servicios de cuidado personal. • Tiene un certificado de discapacidad debido a una afección específica definida por la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, derrame cerebral o lesión de la médula espinal. • El animal de servicio está entrenado para satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. • Su plan de servicios debe documentar que el animal de servicio se utilizará principalmente para satisfacer sus necesidades de cuidado personal.	
Dejar de fumar y de consumir tabaco Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar: • Pagamos dos instancias de asesoría para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada instancia de asesoría para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas de asesoría presenciales. **Asesoramiento para dejar de fumar (Medicaid)** Orientación o asesoramiento individual para dejar el tabaquismo en conjunto con medicación para dejar de fumar o sin medicación. • 4 sesiones de asesoramiento por cada intento para dejar de fumar • 2 intentos para dejar de fumar cada 12 meses (8 por año) • No hay limitaciones para mujeres embarazadas • Medicamentos recetados sin nicotina **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (continuación) • Inhaladores y pulverizadores nasales recetados • Los siguientes agentes de venta sin receta: ○ Parches ○ Chicles ○ Pastillas • Tratamiento combinado: el uso de una combinación de medicamentos, incluidas, entre otras, las siguientes combinaciones: ○ Parche de nicotina a largo plazo (>14 semanas) y otra terapia de reemplazo de nicotina (chicles o aerosol nasal) • Parche de nicotina e inhalador • Parche de nicotina y bupropión SR	Copago de $0
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Pagamos por la terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y que han recibido un referido del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad. Nuestro plan paga por lo siguiente: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas El programa de la SET debe cumplir con las siguientes condiciones: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD destinadas a afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación) • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • ser impartido por personal acreditado que garantice que los beneficios superan a los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	Copago de $0
Servicios de gestión de casos específicos (TCM) El plan pagará por servicios de gestión de casos específicos (TCM, por sus siglas en inglés) para afiliados que tienen necesidades crónicas o complejas de cuidado físico o de la salud del comportamiento y que fueron reclusos o que residieron involuntariamente en una prisión o cárcel del condado recientemente. Los servicios de TCM facilitan a los afiliados el acceso a servicios médicos, educativos, sociales y/u otros servicios adecuados. Los servicios de TCM incluyen evaluaciones, planificación, vinculación, defensa, coordinación del cuidado, referidos, supervisión y seguimiento (por ejemplo, educación y apoyo).	Copago de $0
Servicios de gestión de casos específicos (TCM): Cuidado de recuperación (cubierto por Michigan Medicaid) Programa de transición a corto plazo para afiliados en situación de calle que reciben el alta tras una hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen: • Evaluación integral presencial • Planificación, vinculación, coordinación, seguimiento y monitoreo para ayudar al afiliado a acceder a los servicios • Asistencia para conseguir una vivienda permanente • Coordinación con el proveedor de cuidado primario (PCP) del afiliado y otros proveedores, según corresponda	Copago de $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de urgencia El cuidado de urgencia es el cuidado que se proporciona como tratamiento en los siguientes casos: • una situación que no es de emergencia que requiere cuidados médicos inmediatos; **o** • una enfermedad imprevista; **o** • una lesión; **o** • una afección que necesita cuidados de inmediato. Si necesita cuidado de urgencia, primero debe intentar obtenerlos de un proveedor de red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede contactar a un proveedor de red porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicos necesarios para una afección imprevista, que no es una emergencia médica). Tiene cobertura para los servicios de urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Servicios para Afiliados para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	Copago de $0
Cuidado de la vista Los exámenes oculares de rutina tienen cobertura una vez cada dos años. El plan pagará por un par inicial de anteojos. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez al año. El plan pagará por lentes de contacto para personas con ciertas afecciones. El plan pagará por dispositivos de ayuda para la baja visión básicos y esenciales (como telescopios, microscopios y ciertos otros dispositivos de ayuda para la baja visión). Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con el envejecimiento. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 **Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista** Tiene cobertura para Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista. Consulte la descripción del **Beneficio Suplementario Obligatorio de la Vista** al final de esta tabla para obtener más información.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la vista (continuación) Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen las siguientes: • personas con antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o más, • hispanoamericanos de 65 años o más. Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la cual el médico inserta una lente intraocular. Si usted se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Además, cubrimos los **Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista**, que incluyen un examen rutinario de la vista y un subsidio para anteojos.	Copago de $0 **Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista** Tiene cobertura para Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista. Consulte la descripción del **Beneficio Suplementario Obligatorio de la Vista** al final de esta tabla para obtener más información.
Consulta Preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva única de "Bienvenida a Medicare". La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo pruebas de detección e inyecciones), **y** • referidos para otros cuidados si lo necesita. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quisiera concertar la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	Copago de $0

Exención por servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
Equipos y suministros médicos adaptables El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permitan aumentar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o para percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • sillas o bancos para ducha • sillas con asiento elevable • asientos de inodoro elevados • alcanzadores • dispositivo abre tapas • asientos para traslado • elevadores para el baño y la habitación • discos giratorios • dispositivos de ayuda para el baño, como cepillos de mango largo • ayuda telefónica • teléfonos o relojes automatizados con recordatorios de medicamentos • ganchos para botones o tiradores de cremallera • utensilios de cocina modificados • dispositivos de ayuda para la higiene oral modificados • herramientas de aseo modificadas • almohadillas térmicas • recipientes para objetos punzantes • objetos para hacer ejercicio y otros objetos necesarios para su tratamiento • monitor de presión arterial con salida de voz • suplementos nutritivos tales como Ensure	Copago de $0

Exención por servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
Programa de día para adultos El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de cuidado y supervisión directa si usted es elegible. Este servicio: • proporciona atención personalizada y promueve el bienestar social, físico y emocional	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Tecnología de apoyo Si es elegible, el plan cubre los artículos tecnológicos que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia. Algunos ejemplos de servicios incluyen los siguientes: • elevadores para furgonetas • controles manuales • sistema de voz computarizado • tablones de comunicación • cerraduras de las puertas activadas por voz • mecanismos eléctricos para puertas • alarma o intercomunicador especializado • dispositivo de marcación asistida	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Servicios de tareas domésticas Si es elegible, el plan cubre los servicios necesarios para que su hogar se mantenga limpio, higiénico y seguro. Algunos ejemplos de servicios son los siguientes: • tareas domésticas pesadas (lavado de pisos, ventanas y paredes) • sujeción de alfombras y baldosas sueltas • traslado de muebles pesados • cortes de césped, rastrillado y limpieza de residuos peligrosos, como ramas y árboles caídos El plan puede cubrir los materiales y suministros desechables utilizados para realizar las tareas domiciliarias.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención

Exención por servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
Modificaciones ambientales Si es elegible, el plan cubre modificaciones a su hogar. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o para brindarle mayor independencia en su hogar. Las modificaciones pueden incluir las siguientes: • instalación de rampas y barras de agarre • ampliación de puertas • modificación de las instalaciones del baño • instalación de sistemas eléctricos especializados que sean necesarios para instalar equipos y utilizar suministros médicos	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Asistencia para la vida en la comunidad ampliada Para obtener este servicio, debe necesitar indicaciones, señalamientos, orientación, enseñanza, observación y/o recordatorios que le ayuden a realizar las actividades de la vida diaria (ADL) como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, otras tareas de higiene personal, etc. Si necesita este servicio, también puede obtener asistencia para realizar actividades fundamentales de la vida diaria (IADL) como lavandería, preparación de comidas, transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con los medicamentos, compras, acompañamiento a citas médicas, otras tareas domésticas. Esto también puede incluir indicaciones, señalamientos, orientación, enseñanza, observación, recordatorios y/u otro tipo de apoyo para que usted mismo pueda realizar las IADL.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Servicios de intermediación fiscal El plan pagará por un intermediario fiscal (FI, por sus siglas en inglés) para que le brinde asistencia para vivir de forma independiente en la comunidad mientras controla su presupuesto individual y elige al personal que trabaja con usted. El FI lo ayuda a administrar y distribuir los fondos del presupuesto individual. Utiliza estos fondos para comprar servicios a domicilio y comunitarios autorizados en su plan de cuidado. Tiene la autoridad para contratar al cuidador de su elección.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención

Exención por servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
Comidas a domicilio Si es elegible, el plan cubre hasta dos comidas preparadas por día y su envío a domicilio.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Transporte no médico El plan cubre servicios de transporte para permitirle acceder a exenciones y otros servicios, actividades y recursos comunitarios, si es elegible.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Sistemas de Respuesta de Emergencia Personal El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia. También puede usar un botón portátil de “ayuda” que permite la movilidad. El sistema está conectado a su teléfono y programado para enviar señales a un centro de respuesta cuando se activa el botón de “ayuda”.	Copago de $0
Servicios preventivos de enfermería El plan cubre los servicios de enfermería proporcionados por un profesional de enfermería registrado (RN, por sus siglas en inglés) o un profesional de enfermería de práctica auxiliar (LPN, por sus siglas en inglés). Para que sea elegible, debe requerir la observación y evaluación de la integridad de la piel, la concentración de azúcar en sangre, los ejercicios de movilidad prescritos o el estado físico. Es posible que reciba otros servicios de enfermería durante la consulta del profesional de enfermería en su hogar. Estos servicios no se proporcionan de forma continua.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención
Servicio Privado de Enfermería (PDN, por sus siglas en inglés) El plan cubre servicios de enfermería especializada de forma individual y continua, hasta un máximo de 16 horas por día, para satisfacer sus necesidades de salud directamente relacionadas con una discapacidad física. El PDN incluye la provisión de evaluación, tratamiento y observación de enfermería proporcionada por un profesional de enfermería con licencia, de acuerdo con las órdenes del médico y con su plan de atención. Debe cumplir con ciertos criterios médicos para ser elegible para este servicio.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención

Exención por servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
Servicios de Cuidado de Relevo Es posible que reciba servicios de cuidados de relevo a corto plazo e intermitentes para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de cuidado mientras brindan cuidados de forma no remunerada. Las necesidades de relevo de los trabajadores por hora o por turno deben satisfacerse mediante sustituciones del personal, ajustes de los planes o cambios de ubicación, y no mediante cuidados de relevo. El relevo no está destinado a ser un servicio continuo y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo.	Copago de $0 * Puede que se requiera autorización previa y/o un referido *Puede ser necesaria una exención

Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales DEN197

Descripción de la Cobertura

Es posible que reciba los siguientes servicios dentales rutinarios sin cobertura de Medicare:

Deducible	**$0**	
Máximo Anual	**$2,000**	
Descripción del Beneficio	**Dentro de la Red, Usted Paga***	**Fuera de la Red, Usted Paga**
Servicios Preventivos		
Frecuencia/Limitaciones de los Exámenes: 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Examen bucal periódico: D0120	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de los Exámenes: 1 código de procedimiento por año calendario		
Examen de diagnóstico de emergencia: D0140	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de los Servicios de Diagnóstico: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Examen periodontal: D0180	0%	100%
Examen integral: D0150	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías de Mordida: 1 por año calendario		
Radiografías de mordida: D0270, D0272, D0273, D0274	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías Intrabucales (dentro de la boca): 1 por año calendario		
Radiografías Periapicales: D0220, D0230	0%	100%

Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías Panorámicas o de Boca Completa: 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Serie completa: D0210	0%	100%
Placa panorámica: D0330	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de la Profilaxis (limpieza): 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Profilaxis (limpieza): D1110	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones del Mantenimiento Periodontal: 4 códigos de procedimiento por año calendario		
Mantenimiento periodontal después de terapia periodontal: D4910	0%	100%
Servicios Integrales		
Frecuencia/Limitaciones de las Restauraciones (Empastes); Amalgama y/o Resina Compuesta: códigos de procedimiento ilimitados por año calendario		
Amalgama (de plata) principal o permanente: D2140, D2150, D2160, D2161	0%	100%
Resina compuesta (blanca) anterior (delantero) o posterior (trasero): D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones del Raspado; Inflamación Generalizada: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Raspado; inflamación gingival moderada o grave: D4346	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones del Alisado y Raspado Radicular: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario, por cuadrante		
Alisado y raspado radicular periodontal: D4341, D4342	0%	100%
Frecuencia/Limitaciones de la Anestesia: según sea necesario con los códigos cubiertos por año calendario (en combinación con los servicios cubiertos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)		
Administración de analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso: D9230	0%	100%
Analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso: D9230	0%	100%

Es posible que se apliquen limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). Los servicios que reciba y que no estén listados no tendrán la cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de pagar cualquier monto que esté por encima del límite de cobertura dental. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

* Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según la lista de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado asiste a la consulta de un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los de la lista de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).

Cómo Se Calculan los Pagos a Usted o su Dentista

Para los servicios dentales cubiertos, pagaremos de la siguiente manera:

- Determinaremos el gasto total cubierto.
- Revisaremos los gastos cubiertos con respecto a los beneficios máximos permitidos.
- Pagaremos el gasto restante a usted o a su dentista, menos cualquier coseguro que deba (el procedimiento que recibió puede requerir que pague un porcentaje del costo).

Para los fines de facturación de reclamaciones dentales, la "Fecha de Servicio" (DOS, por sus siglas en inglés) se define de la siguiente manera:

- La fecha en la que se preparan los dientes para puentes fijos, coronas, incrustaciones inlay u onlay.
- La fecha en la que se toma el molde o se realiza la exploración digital para dentaduras postizas o parciales.
- La fecha en la que se toma el molde o se realiza la exploración digital del soporte/implante para las coronas del implante.
- La fecha en la que se abre la cámara pulpar de un diente para realizar un tratamiento del conducto radicular.
- La fecha en que se realiza la cirugía periodontal.
- La fecha en que se realiza el tratamiento para los servicios no mencionados anteriormente.

Para afecciones dentales que tengan dos o más tratamientos posibles, Humana cubrirá el tratamiento de menor costo, siempre y cuando se demuestre que proporciona resultados satisfactorios. Si elige recibir un tratamiento de mayor costo, será responsable de pagar la diferencia.

Cómo presentar planes de pretratamiento

Si se prevé que el cuidado dental que necesita superará los **$300**, le sugerimos que usted o su dentista envíen un plan de tratamiento dental para que lo revisemos con antelación para que podamos proporcionarle una estimación del costo de los servicios. El plan de pretratamiento deberá incluir lo siguiente:

1. Una lista de servicios que recibirá, según la terminología y los códigos de la American Dental Association (Asociación Dental Estadounidense).
2. La descripción escrita de su dentista del tratamiento propuesto.
3. Las radiografías que muestran sus necesidades dentales.
4. El costo detallado del tratamiento propuesto.
5. Cualquier otro material de diagnóstico que solicitemos.

Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición HER945

Para utilizar su beneficio, debe llamar a TruHearing al 1-844-255-7144 para programar una cita.

Descripción del Beneficio	Dentro de la Red: Usted Paga*
• Prueba Auditiva Rutinaria (1 por año). • Hasta 2 audífonos con receta de la marca TruHearing cada 3 años (1 por oído cada 3 años). • El beneficio se limita a los audífonos con receta TruHearing Advanced, los cuales están disponibles en varios estilos y colores. • Los audífonos avanzados están disponibles en opciones de estilo recargable. • **Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (los usuarios de TTY deben marcar 711).** • La compra de audífonos dentro de la red incluye lo siguiente: o Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing o Período de prueba de 60 días o Garantía ampliada por 3 años o 80 baterías por audífono para modelos no recargables • El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: o Audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) o Moldes auriculares o Accesorios para audífonos o Consultas adicionales con proveedores o Pilas adicionales (o las pilas cuando se compra un audífono recargable) o Audífonos que no son audífonos la marca TruHearing Advanced o Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdida y daños	**$0** **$0** por Audífonos Advanced

Los costos de los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no los cubre el plan.

Beneficio Suplementario Obligatorio VIS788

Descripción del Beneficio	Dentro de la Red: Usted Paga*
• Examen Ocular de Rutina, incluida la refracción (1 por año calendario) por parte un proveedor de servicios ópticos de la **Red de Humana Medicare Insight**. O BIEN • Examen de refracción (1 por año calendario), en lugar de un examen ocular de rutina, cuando se realiza en la misma cita que un examen integral de la vista cubierto por Medicare, por parte de un proveedor de servicios ópticos médicos de la red de Humana.	**$0*** **O BIEN** **$0** para el examen de refracción, además de los costos compartidos del Médico Especialista para el examen médico
• Beneficio de Anteojos (1 por año calendario) en un proveedor de servicios ópticos de la red de Humana Medicare Insight • Subsidio de $400 para la compra de monturas y un par de lentes O para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) El beneficio no incluye la colocación de lentes de contacto. La protección ultravioleta, la capa contra rayaduras y otras opciones de lentes pueden aplicarse para el beneficio del subsidio de anteojos. El subsidio para beneficios se aplica al precio de venta. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. **El beneficio solo se puede utilizar una vez. Los dólares de subsidio restantes no se "transfieren" a una compra futura.**	Cualquier cantidad de venta por encima de **$400**

* El cargo por su examen de rutina no excederá los **$0** en un proveedor óptico de **Humana Medicare Insight Network.** Informe al proveedor de la red de que usted pertenece a la Red Humana Medicare Insight. **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** La red de proveedores para sus beneficios suplementarios de la visión a través de la Red Humana Medicare Insight puede ser diferente de la red de proveedores para los beneficios de visión cubiertos por Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores para exámenes rutinarios de la vista en **es-www.humana.com/FindCare** > Añadir Código postal para Buscar como Invitado > Visión > Medicaid > Seleccionar Estado.

E. Beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros

El beneficio de viajes de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) está disponible para usted como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Ya puede acceder a la atención urgente y de emergencia cuando se encuentra fuera del área de servicio. Sin embargo, al viajar dentro de los Estados Unidos, el beneficio de viajes de la HMO le permite recibir los servicios cubiertos

por el plan, incluida el cuidado preventivo. Los servicios cubiertos deben estar brindados por proveedores que formen parte de la red nacional de la HMO/el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Medicare. Puede utilizar la opción “Encontrar un Médico” en es-www.humana.com o comunicarse con Servicios para Afiliados y obtener ayuda en la localización de un proveedor de la red cuando utilice el beneficio de viajes de HMO. Si recibe atención de un proveedor dentro de la red nacional de Medicare HMO/SNP, pagará el mismo copago o coseguro dentro de la red que pagaría si recibiera atención dentro de su área de servicio a domicilio.

Si planea viajar fuera de su área de servicio y prevé la necesidad de utilizar el beneficio de viajes de HMO, se recomienda que notifique a su proveedor de cuidado primario. También se recomienda comprobar si el proveedor o los proveedores que desea ver durante el viaje están en la red Nat’l Medicare HMO/SNP con la opción “Encontrar un Médico” en es-www.humana.com o comuníquese con Servicios para Afiliados si desea obtener asistencia.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los Servicios Especializados de Salud Conductual de Medicaid, pero están disponibles a través de los **Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) o los Proveedores Comunitarios de Servicios de Salud Mental (CMHSP)**.

Si está recibiendo servicios a través del PIHP, consulte el Manual para Afiliados de PIHP para obtener más información y trabaje con su Coordinador de Cuidados para obtener servicios proporcionados a través del PIHP.

G. Beneficios no cubiertos por el plan, Medicare ni Michigan Medicaid

En esta sección se brinda información sobre los beneficios excluidos en el plan. “Excluido” significa que no pagamos por estos beneficios. Ni Medicare ni Michigan Medicaid pagan por ellos.

En la siguiente lista se describen algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos que no cubrimos solo en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (ni en ningún otra parte de este *Manual para Afiliados*), excepto en las circunstancias específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si cree que el plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, el plan no cubre los siguientes artículos ni servicios:

- Servicios considerados no “razonables y necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid de Michigan, a menos que los mencionemos como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra.

Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, por lo general, no están aceptados por la comunidad médica.

- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por razones médicas.
- Profesionales de enfermería privados.
- Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, los fines estéticos, el antienvejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sea necesario por razones médicas.
- Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que tengan apariencia simétrica
- Cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado forme parte de un aparato ortopédico para la pierna y que esté incluido en el costo del aparato ortopédico, o que el calzado sea para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros servicios para casos de baja capacidad visual; sin embargo, el plan pagará el costo de los anteojos después de la cirugía de catarata.
- Reversión de los procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA es mayor que el costo compartido del plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Los afiliados siguen siendo responsables de los importes de los costos compartidos.

Las exclusiones de los beneficios suplementarios obligatorios dentales incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (según la lista de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no están cubiertos.
- Los servicios y los códigos de la American Dental Associate (Asociación Dental Americana o ADA, por sus siglas en inglés) que no se encuentran en el cuadro de Beneficios Suplementarios Dentales Obligatorios no están cubiertos.
- El afiliado es responsable de cualquier costo de los servicios una vez alcanzado el máximo anual.
- Si no acude a una cita con el dentista.
- Cargos por:
    - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas las coronas o el dispositivo protésico conectado a él
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Cualquier servicio no mencionado específicamente en la Información de Cobertura.
- Cualquier servicio que no sea elegible para los beneficios basados en la revisión clínica, que no ofrezca un pronóstico favorable, que no tenga un respaldo profesional uniforme o que se considere de naturaleza experimental o investigativa.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios estéticos, incluido el blanqueamiento de los dientes.
- Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en que finaliza este beneficio suplementario.
- La anestesia general o la sedación consciente administrada por las siguientes razones, entre otras, no están cubiertas:
    - Control del dolor, a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local.
    - Ansiedad.
    - Miedo al dolor.
    - Manejo del dolor.
    - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal.

Las Exclusiones de Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Audición incluyen, entre otras, lo siguiente:

- Audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés).
- Cualquier tarifa por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquier servicio que exceda los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o cualquier otro programa gubernamental o plan de seguro, o por el que no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios proporcionados para autorización/consulta por parte de un proveedor.
- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos perdidos o dañados.
- Cualquier tarifa por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenezca a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio solo a dispositivos comprados a proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicio para audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios Cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, tarifas por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Las Exclusiones de Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Visión incluyen, entre otras, lo siguiente:

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor óptico que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de las lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio que no mencionado específicamente en su beneficio suplementario.
- Terapia ortóptica o entrenamientos de la vista.
- Dispositivos para la visión subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.
- Lentes para deportistas o lentes industriales.
- Prismas (no cubiertos con subsidio, pero pueden estar disponibles a una tarifa con descuento sobre el precio minorista. consulte con el proveedor para obtener información).
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios proporcionados por alguien que habitualmente vive en su hogar o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.

- Tratamiento resultante de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Lentes planas.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
- Gafas de sol sin receta.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que ofrezca cuidado de la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental.
- Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos sin receta.
- Costos asociados con materiales de seguridad.
- Servicios preoperatorios y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintadas artísticamente.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, ya sea que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
    - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban los cargos del gobierno de los EE. UU. o cualquiera de sus agencias y sean reembolsables, según lo exija la ley.
    - Proporcionados por, o pagaderos en virtud de, cualquier plan o ley a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid).
    - Proporcionados por cualquier hospital/institución/agencia que pertenezca al gobierno de los EE. UU. o sea dirigida por el gobierno de los EE. UU. para cualquier servicio relacionado con enfermedades o lesiones corporales. • Cualquier pérdida causada por una guerra o cualquier acto bélico, ya sea declarado o no. cualquier acto de conflicto armado internacional; o cualquier conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional, o cualquier pérdida a la que hayan contribuido estos eventos.
- Si no acude a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicaciones, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos no es necesario según criterio oftalmológico, no ofrezca un

pronóstico favorable, no tenga un respaldo profesional uniforme o que se considere de naturaleza experimental o investigativa.

- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionadas en virtud de este beneficio suplementario que se hayan perdido o roto, a menos que estén disponibles de otra manera conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o gafas de seguridad.
- Tratamiento de patologías.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal.
- Estos beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

Capítulo 5: Cómo obtener su plan de medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que puede obtener en una farmacia o por correo. Se incluyen medicamentos cubiertos en la Parte D de Medicare y Michigan Medicaid. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados*, se indica lo que paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, son medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que se le administran durante una consulta médica con un médico u otro proveedor, así como medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si recibe cuidados de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** "Si está en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare".

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios del plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos, siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). También podría ser otro proveedor dentro de la red si su PCP lo ha referido para recibir cuidado médico.

El profesional que receta **no debe** figurar en las Listas de Exclusión ni Preclusión de Medicare.

Por lo general, debe acudir a una farmacia dentro de la red para surtir sus recetas (Consulte la Sección A1 para obtener más información). También puede surtir su receta mediante el servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podemos cubrirlo al otorgarle una excepción.

- Consulte el **Capítulo 9,** Sección F de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la solicitud de una excepción.

El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por determinadas referencias médicas. Su profesional que receta puede ayudar a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

El medicamento puede requerir la aprobación del plan según ciertos criterios antes de cubrirlo. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados 128
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 128
A2. Cómo utilizar su Tarjeta de Identificación de Afiliado al surtir una receta 128
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red 129
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 129
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada 129
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 129
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 131
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan 132
A9. Cómo le reembolsamos el dinero de una receta 132
B. *Lista de Medicamentos* del plan 132
B1. Medicamentos en la *Lista de Medicamentos* 132
B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos* 133
B3. Medicamentos que no están en la *Lista de Medicamentos* 133
B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de Medicamentos. 134
C. Límites de algunos medicamentos 135
D. Razones por las que un medicamento podría no estar cubierto 137
D1. Cómo obtener un suministro temporal 137
D2. Cómo pedir un suministro temporal 138
D3. Cómo pedir una excepción 139

E. Cambios en la cobertura de los medicamentos 139

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales. 142

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan. 142

F2. En un centro de cuidados a largo plazo 142

F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. 142

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos 143

G1. Programas para ayudarle a consumir medicamentos de forma segura 143

G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar los medicamentos 143

G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de forma segura 144

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por los medicamentos recetados solo cuando se surtan en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir medicamentos recetados para los afiliados del plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** de este Capítulo para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

A2. Cómo utilizar su Tarjeta de Identificación de Afiliado al surtir una receta

Para surtir llenar su medicamento recetado, **muestre su Tarjeta de Identificación de Afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará por nuestra parte del costo del medicamento cubierto. Es posible que tenga que pagar un copago a la farmacia cuando recoja el medicamento recetado.

Si no posee su Tarjeta de Identificación de Afiliado en el momento de surtir su receta, pida a la farmacia que se comunique con nosotros por teléfono para obtener la información necesaria o puede pedir a la farmacia que busque la información de afiliación al plan.

En caso de que la farmacia no pueda obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja. Luego, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Afiliados de inmediato.** Haremos todo lo que posible para ayudar.

- Para pedirnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento recetado, comuníquese con su Coordinador de Cuidados o con Servicios para Afiliados.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir un medicamento recetado, puede pedir que un proveedor le haga una receta nueva o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si queda alguna repetición de receta.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, tendrá que encontrar una farmacia nueva de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

A veces, algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, por ejemplo, un centro de enfermería.
    - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está en la red o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Farmacias que sirven al Indian Health Service (Servicio de Salud para Pueblos Indígenas) o al Urban Indian Health Program (Programa de Salud Tribal o Urbano para Pueblos Indígenas). Excepto en casos de emergencia, solo los Nativos Americanos o Nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o instrucción sobre su uso. (Tenga en cuenta lo siguiente: Esta situación debería ocurrir en raras ocasiones). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Afiliados o con el coordinador de cuidados.

A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar nuestros servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para enviar por correo son aquellos que debe tomar con frecuencia para tratar una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a

través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados como medicamentos por correo en la *Lista de Medicamentos*.

Con el servicio de pedido por correo del plan, puede pedir suministros para 100 días como máximo. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, llame a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Por lo general, un medicamento recetado pedido por correo llega dentro de los 10 días hábiles desde que se reciben las recetas. Cuando planee usar una farmacia de pedido por correo, es una buena idea pedirle a su médico que haga dos recetas para los medicamentos: una que enviará para el pedido por correo, y otra que puede surtir personalmente en una farmacia dentro de la red si el pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, no se quedará sin medicación si la orden por correo se retrasa. Si tiene problemas para surtir un medicamento recetado en una farmacia dentro de la red mientras espera un pedido por correo, comuníquese con el consultorio del profesional que receta.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para los medicamentos recetados nuevos que recibe de usted, los medicamentos recetados nuevos que recibe directamente del consultorio de su proveedor, y para repetir sus recetas por correo:

1. **Medicamentos recetados nuevos que la farmacia recibe de usted**

   La farmacia surte y entrega automáticamente los medicamentos recetados nuevos que obtiene de usted.

2. **Medicamentos recetados nuevos que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

   Cuando la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si desea recibir el medicamento de inmediato o más adelante.

   - Esto le permite asegurarse de que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluida dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, permitirle detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.

   - Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Si utilizó un pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedido por correo y/o decide detener el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunica con usted cada vez que recibe una receta nueva de un proveedor de cuidado de la salud para averiguar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente.

- Esto le permite asegurarse de que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluida dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Para optar por no recibir entregas automáticas de recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

3. Repetición de recetas por correo

Para la repetición de sus medicamentos, puede inscribirse en un programa de repetición automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima repetición automática cuando nuestros registros indiquen que está a punto de quedarse sin medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de cada envío para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted podrá cancelar las repeticiones programadas de recetas en el caso de que aún tenga suficiente medicamento o que su medicamento haya cambiado.
- Si no desea utilizar nuestro programa de repetición automática de recetas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que caduque su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de recetas de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Informe a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo para que puedan llamarlo y confirmar su pedido antes de enviarlo llamando a Servicios para Afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que aparecen en la *Lista de Medicamentos* del plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con frecuencia para tratar una afección médica crónica o a largo plazo.

Con algunas farmacias de la red, puede obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de cuidados de Servicios para Afiliados para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red del plan

En general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo en los casos en los que usted no puede usar una farmacia de la red. Disponemos de farmacias de la red fuera del área de servicio, donde usted puede surtir sus recetas como afiliado al plan. En estos casos, consulte primero con Servicios para Afiliados para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos por medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si los medicamentos recetados están relacionados con el cuidado médico en casos de emergencia que el plan paga.
- Si los medicamentos recetados están conectados con el cuidado urgente que el plan paga cuando no puede llegar a un proveedor de la red.
- Si se encuentra en una zona de desastre declarada y necesita repetir la receta.

A9. Cómo le reembolsamos el dinero de una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo total cuando obtenga su medicamento recetado. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que podríamos cubrir en una farmacia dentro de la red.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.

B. La *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la *Lista de Medicamentos* también se informan las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la *Lista de Medicamentos* del plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en la *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) cubiertos por Michigan Medicaid.

En nuestra *Lista de Medicamentos, se* incluyen medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Los medicamentos de marca son medicamentos que se venden con un nombre de registro comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la *Lista de Medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", puede tratarse de medicamentos o de productos biológicos.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, en función de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden encontrarse en la *Lista de Medicamentos*.

El plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que toma está en la *Lista de Medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Comprobar la *Lista de Medicamentos más reciente* que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento está en la *Lista de Medicamentos* o para pedirle una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" (para ello, visite **es-www.humana.com** e inicie sesión en MyHumana) para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* y obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados.

B3. Medicamentos que no están en la *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la *Lista de Medicamentos*.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

El plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, puede que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son las tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios del plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y Michigan Medicaid) no puede pagar por un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubran. El plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. El plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
3. El uso de los medicamentos debe ser aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor pueden recetar un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina “uso extraoficial”. Por lo general, el plan no cubre los medicamentos recetados para uso extraoficial.

Además, por ley, ni Medicare ni Michigan Medicaid pueden cubrir los tipos de medicamentos que se mencionan a continuación.

- Medicamentos usados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de tos o resfriado.
- Medicamentos usados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que afirma que solo ellos deben realizar pruebas o servicios.

Consulte la Lista de Medicamentos del plan o comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.

B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos del plan* está en uno de los cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 de costos compartidos; medicamentos genéricos preferidos: medicamentos de marca o genéricos que están disponibles con los costos compartidos más bajos para este plan.

- Nivel 2 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- Nivel 3 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- Nivel 5 de costos compartidos; medicamentos de nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra un medicamento, busque el medicamento en la *Lista de Medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados*, se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Algunos medicamentos recetados tienen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Por lo general, nuestras reglas lo animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica, y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que el proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno al día frente a dos al día, comprimido frente a líquido).

Si existe una regla especial para el medicamento, por lo general, significa que usted o el proveedor tendrán que tomar otras medidas para que podamos cubrirlo. Por ejemplo, es posible que primero el proveedor tenga que informarnos el diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o el proveedor creen que la regla no debe aplicarse a su situación, pídanos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos permitirle o no usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

A fin de obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

1. **Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión biosimilar genérica o intercambiable**

   Por lo general, un medicamento biosimilar genérico o intercambiable funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión biosimilar

genérica o intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original disponible, las farmacias de la red le dan la versión biosimilar genérica o intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si el proveedor nos ha informado la razón médica por la cual el medicamento biosimilar genérico o intercambiable o producto biológico original no funcionará para usted ***o*** escribió "No reemplazar" en la receta para un medicamento de marca o producto biológico original ***o*** nos ha informado la razón médica por la cual el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces, cubriremos el medicamento de marca.
- El copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que receta deben obtener la aprobación del plan antes de surtir la receta. Esto se denomina autorización previa. Este proceso garantiza la seguridad de los medicamentos y ayuda a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número que se encuentra al final de la página o en el sitio web en **es-www.humana.com** para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de bajo costo que son igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podemos pedirle que pruebe ese primero.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubrimos el Medicamento B. Esto se denomina terapia por fases. Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece al final de la página o en el sitio web en **es-www.humana.com** para obtener más información sobre la terapia por fases.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tomar. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si habitualmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día para un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta una receta.

Para saber si alguna de estas medidas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Afiliados o visite el sitio web en **es-www.humana.com**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

D. Razones por las que un medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero, a veces, un medicamento puede no estar cubierto de la manera que usted desearía. Por ejemplo:

- El plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de Medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo, y aún no lo hemos revisado para comprobar su seguridad y eficacia.
- El plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que receta desean pedirnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser.

En caso de que no cubramos un medicamento de la forma que desea, puede hacer lo siguiente:

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las siguientes dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en la *Lista de Medicamentos,* **o**
   - nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos*, **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
   - Usted estuvo en el plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
     - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
     - Si la receta es para menos días, permitiremos que se repitan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.

- Usted es nuevo en el plan.
    - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan**.
    - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
    - Si la receta es para menos días, permitimos que se repitan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
    - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.
- Para los afiliados que lleven más de 90 días en el plan, vivan en un centro de cuidado a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato, haremos lo siguiente:
    - Cubrimos un suministro de 31 días o menos, si así se indica en la receta. Esto es adicional al suministro temporal mencionado antes.
    - Suministro de transición para los afiliados actuales con cambios en el ajuste del tratamiento
        - A lo largo del año del plan, es posible que cambie su entorno de tratamiento debido al nivel de atención que necesite. Estas transiciones incluyen lo siguiente:
            - Los afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada y regresan a su hogar.
            - Los afiliados que son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada desde su hogar.
            - Los afiliados que se transfieren de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios por una farmacia diferente.
            - Los afiliados que finalizan su estadía en el centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
            - Los afiliados que renuncian al estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare.
            - Afiliados dados de alta de hospitales psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.
    - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

Cuando use el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando el suministro se agote. Estas son sus opciones:

- Cambie a otro medicamento.

  El plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos que cubrimos y que tratan la misma afección médica. Esta lista ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

  O BIEN

- Pida una excepción.

  Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no se encuentra en la *Lista de Medicamentos* o pedirnos que lo cubramos sin límites. Si su proveedor considera que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a pedirla.

Para medicamentos de Michigan Medicaid:

Es nuevo en el plan.

Cubriremos un suministro del medicamento Michigan Medicaid hasta 90 días calendario después de la afiliación y no lo cancelaremos al final de los 90 días calendario sin previo aviso y una transición a otro medicamento, si es necesario.

D3. Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que usted toma se retirará de la *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos pedir una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura del medicamento para el próximo año. Solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la forma que desea.
- Respondemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que receta).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con su Coordinador de Cuidados o Servicios para Afiliados.

E. Cambios en la cobertura de los medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o eliminar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar las reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir exigir o no la aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) de un medicamento (autorización de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de la terapia por fases de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* del plan. Para obtener más información sobre estas reglas sobre medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento cubierto al **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- se comercializa un medicamento nuevo y más barato que funciona tan bien como un medicamento en la *Lista de Medicamentos* ahora, **o**
- descubrimos que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento se retira del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de Medicamentos, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* actual en línea en **es-www.humana.com/PlanDocuments** o
- Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página para comprobar la *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que repercuten en usted durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se producirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- Se comercializa un medicamento genérico nuevo. A veces, se comercializa un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original en la *Lista de Medicamentos* actual. Cuando eso suceda, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo permanecerá igual o será inferior.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que se implemente.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

- le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de Medicamentos*; **o**
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro de 30 días del medicamento de marca o producto biológico original después de que solicite una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

  - si debe cambiar al biosimilar genérico o intercambiable o si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar, **o bien**
  - si se debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9,** Sección F.

- **Eliminar los medicamentos inseguros y otros que se retiran del mercado.** En algunas ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de Medicamentos.* Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que consume. Le informamos de antemano sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden producirse si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona pautas nuevas o hay directrices clínicas nuevas sobre un medicamento.

Cuando se producen estos cambios:

- le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos*; **o**
- le avisaremos y le brindaremos un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite una repetición.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar; **o**
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. A fin de obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no repercuten en usted durante el año actual del plan

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afectan en este momento. Para estos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubrimos a principios del año, en general, no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese **medicamento durante el resto del año.**

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso que haga del medicamento ni lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (excepto los cambios anotados en la sección anterior), el cambio no afectará el uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para comprobar si se ha producido algún cambio en los medicamentos que usa que lo afectará el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan

Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre el plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estancia. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos los medicamentos siempre que estos cumplan con todas las reglas de cobertura.

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como un centro de enfermería, cuentan con su propia farmacia o usan una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener los medicamentos a través de la farmacia del centro, si es parte de la red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo forma parte de la red. Si este no es el caso o si le gustaría obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan nunca cubrirán los medicamentos al mismo tiempo.

- Es posible que esté afiliado a cuidados de hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, antináuseas, laxantes o ansiolíticos) que el hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico ni con sus afecciones terminales. En ese caso, el plan debe recibir una notificación del profesional que receta o del proveedor de cuidados de hospicio que informe que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar retrasos en la obtención de medicamentos no relacionados que el plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados de hospicio o al profesional que receta que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta la receta.

Si deja los cuidados de hospicio, el plan cubre todos sus medicamentos. A fin de evitar retrasos en la farmacia cuando finalice el beneficio de cuidados de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar la salida del hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo con información sobre los medicamentos que cubre el plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados de hospicio.

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los afiliados a tomar medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, buscamos posibles problemas, como errores en medicamentos o medicamentos que:

- Pueden que no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar que hace lo mismo.
- Pueden que no sean seguros para su edad o sexo.
- Podrían generarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tengan ingredientes a los que sea o pueda ser alérgico.
- Pueden tener un error en la cantidad (dosificación).
- Tienen cantidades inseguras de analgésicos opiáceos.

Si encontramos algún posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con el proveedor para corregirlo.

G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar sus medicamentos

El plan tiene un programa para ayudar a los afiliados con necesidades complejas de salud. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si es elegible para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos los medicamentos y hablaremos con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que consume.
- Cualquier preocupación que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos.
- Cómo es la mejor forma de tomar los medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre.

Luego, recibirá lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para tomar los medicamentos de manera correcta.

- Recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usa, la cantidad, la frecuencia y por qué lo hace.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con el profesional que receta sobre el plan de acción y la lista de medicamentos recomendados.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a su consulta o comuníquese con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los afiliados elegibles. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo afiliaremos al programa y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, avísenos y lo eliminaremos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los afiliados usen de forma segura los opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Gestión de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opiáceos, podemos hablar con su profesional que receta para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea adecuado y necesario por razones médicas. En colaboración con los profesionales que recetan, si decidimos que el uso de opiáceos o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. En el caso de que decidamos incluirlo en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de determinados profesionales que recetan.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos en su caso.

Si tenemos previsto limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Podrá indicarnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, así como de proporcionarnos cualquier información que considere importante que sepamos. Luego de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmen las limitaciones.

Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta pueden apelar. En caso de que presente una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión nueva. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). (A fin de obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted en los siguientes casos:

- Tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o una enfermedad de células falciformes.
- Está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o al final de la vida. **O bien**
- Vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y de Michigan Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indica lo que paga por los medicamentos ambulatorios. Por “medicamentos”, entendemos lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid

Debido a que es elegible para Michigan Medicaid, recibe Ayuda Adicional de Medicare para poder pagar los medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un folleto aparte, denominado “Cláusula de Evidencia de Cobertura Destinada a las Personas que Reciben la Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocido como “Cláusula de Subsidio por Ingresos Limitados” o “Cláusula de LIS”), en el que encontrará información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Afiliados y solicite la “Cláusula de LIS”.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Ingresos Limitados” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar los siguientes lugares:

- La *Lista de Medicamentos cubiertos*.
  - Le decimos “*Lista de Medicamentos*”. Le indica:
    - Qué medicamentos pagamos
    - En cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento
    - Si hay algún límite en los medicamentos
  - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la copia más reciente de la *Lista de Medicamentos* en el sitio web **es-www.humana.com/PlanDocuments**.
- **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*.
  - Indica cómo obtener los medicamentos ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre el plan.
  - Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de

los gastos de desembolso personal que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados para obtener más información.

- El *Directorio de Proveedores y Farmacias*:
  - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se enumeran las farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados para* obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. *Expl*icación *de Beneficios* (EOB) 147
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de los medicamentos 148
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare 150
C1. El plan tiene 5 niveles de costos compartidos 150
C2. Sus opciones de farmacia 151
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 151
C4. Lo que usted paga 151
D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial 153
D1. Sus opciones de farmacia 153
D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 154
D3. Lo que usted paga 154
D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial 156
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 157
F. Los costos de los medicamentos si el médico prescribe un suministro para menos de un mes 157
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 157
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 158
G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare 158

A. *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés)

El plan realiza un seguimiento de los costos de los medicamentos y los pagos que realiza cuando recibe recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Los **gastos de desembolso personal.** Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por las recetas. Esto incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto por la Parte D, los pagos realizados por familiares o amigos, y los pagos hechos mediante la Ayuda Adicional

de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los State Pharmaceutical Assistance Programs (Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica o SPAP).

- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. En la EOB se incluye más información sobre los medicamentos que usa. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** En el resumen se indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Se muestra el costo total de los medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que pagaron usted y otros por usted.
- **Los costos totales del año a partir del 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando esté disponible, información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos hechos por estos medicamentos no cuentan para los costos totales de desembolso personal.
- Para averiguar qué medicamentos cubre el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de los medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de la farmacia. Así cómo puede ayudarnos:

1. Utilice la Tarjeta de Identificación del Afiliado.

Muestre su Tarjeta de Identificación del Afiliado cada vez que haga surtir una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que pagó. Puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte del medicamento.

A continuación, se muestran ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de los recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios del plan.

- Cuando haya realizado un copago por medicamentos que obtuvo a través de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también forman parte de sus gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Indian Health Service (Servicio de Salud para Indígenas) y organizaciones benéficas forman parte de sus gastos de desembolso personal.

Esto puede ayudarle a ser elegible para cobertura en caso de catástrofe. Cuando llegue a la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Compruebe las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que está completa y correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Consiguió los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos prescritos?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le prescribió?

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP, por sus siglas en inglés).

¿Qué pasa con un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- En Michigan, puede reportar fraude llamando gratis al 855-MI-FRAUD (643-7283) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede presentar una queja en línea en www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/providers/providers/billingreimbursement/report-medicaid-fraud-and-abuse y puede encontrar información en nuestro sitio web en www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/office-of-inspector-general/contact-us, o puede escribir al inspector general a

Office of Inspector General
PO Box 30062
Lansing, MI 48909.

Si cree que algo está mal o que falta información, o si tiene alguna pregunta, llame a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en el plan. La cantidad que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando haga surtir o resurtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.

Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica

Durante esta etapa, pagamos todos los costos de los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.

Comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos de desembolso personal.

C1. El plan tiene 5 niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- Nivel 1 de costos compartidos; medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que están disponibles con el costo compartido más bajo para este plan. El copago es de $0-$30, según sus ingresos.
- Nivel 2 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. El copago es de $0-$60, según sus ingresos.
- Nivel 3 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos no preferidos del Nivel 4. El coseguro es de 0%-25%, según sus ingresos.
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3. El coseguro es de 0%-25%, según sus ingresos.

- Nivel 5 de costos compartidos; medicamentos de nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El coseguro es de 0%-32%, según sus ingresos.

C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red

En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de saber cuándo lo hacemos.

- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. A fin de obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para* Afiliados y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias.*

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

A fin de obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 de este *Manual para Afiliados* o el *Directorio de Proveedores y Farmacias.*

C4. Lo que usted paga

Si recibe Ayuda Adicional para sus medicamentos, los costos compartidos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

Antes de alcanzar su límite anual de gastos de desembolso personal de $2,100, pagará lo siguiente:

- $5.10 por medicamentos genéricos o preferidos de diversos laboratorios o biosimilares; $12.65 por cualquier otro medicamento; O
- $1.60 por medicamentos genéricos o preferidos de diversos laboratorios o biosimilares; $4.90 por cualquier otro medicamento; O
- $0 por cualquier medicamento

Es posible que deba pagar un copago cuando surta una receta. Si los medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, paga el precio más bajo. Comuníquese con Servicios para Afiliados para averiguar de cuánto es el copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro por un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de obtener más información.
Nivel 1 de costos compartidos Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0, copago de $10 o copago de $30 según la ubicación de la farmacia y el suministro diario	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costos compartidos Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0, copago de $20 o copago de $60 según la ubicación de la farmacia y el suministro diario	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 de costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos de nivel de especialidad	Coseguro del 32% para un suministro de un mes No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	Coseguro del 32% para un suministro de un mes No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	Coseguro del 32% para un suministro de un mes No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	Coseguro del 32% para un suministro de un mes No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5

* Usted paga su parte de los costos compartidos dentro de la red (que aparece en la columna de participación de costos fuera de la red) más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red de los medicamentos recetados cubiertos recibidos de una farmacia fuera de la red.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte del costo de los medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- Nivel 1 de costos compartidos; medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que están disponibles con el costo compartido más bajo para este plan. El copago es de $0-$30, según sus ingresos.
- Nivel 2 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. El copago es de $0-$60, según sus ingresos.
- Nivel 3 de costos compartidos; medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos no preferidos del Nivel 4. El coseguro es de 0%-25%, según sus ingresos.
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3. El coseguro es de 0%-25%, según sus ingresos.
- Nivel 5 de costos compartidos; medicamentos de nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El coseguro es de 0%-32%, según sus ingresos.

D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de los siguientes lugares:

- una farmacia minorista de la red o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de saber cuándo lo hacemos.

La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el Capítulo 5 de este Manual para Afiliados y nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para* Afiliados o el Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan.

D3. Lo que usted paga

Si recibe Ayuda Adicional para sus medicamentos, los costos compartidos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

Antes de alcanzar su límite anual de gastos de desembolso personal de $2,100, pagará lo siguiente:

- $5.10 por medicamentos genéricos o preferidos de diversos laboratorios o biosimilares; $12.65 por cualquier otro medicamento; O
- $1.60 por medicamentos genéricos o preferidos de diversos laboratorios o biosimilares; $4.90 por cualquier otro medicamento; O
- $0 por cualquier medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, es probable que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si los medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Afiliados para averiguar de cuánto es el copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro por un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de obtener más información.
Nivel 1 de costos compartidos Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0 o copago de $10	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costos compartidos Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0 o copago de $20	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 de costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos de nivel de especialidad	32% de coseguro	32% de coseguro	32% de coseguro	32% de coseguro

* Usted paga su parte de los costos compartidos dentro de la red (que aparece en la columna de participación de costos fuera de la red) más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red de los medicamentos recetados cubiertos recibidos de una farmacia fuera de la red.

Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Costos compartidos por pedido por correo de preferencia (en la red)** Suministro de hasta 100 días
Nivel 1 de costos compartidos Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0 o copago de $30	Copago de $0
Nivel 2 de costos compartidos Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0 o copago de $60	Copago de $0
Nivel 3 de costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos de nivel de especialidad	No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5.		

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando sus gastos totales de desembolso personal alcanzan los **$2,100**. En ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Cubrimos todos los costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La EOB lo ayuda a hacer un seguimiento de cuánto pagó por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de **$2,100**. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de desembolso personal de **$2,100** por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos de los medicamentos si el médico prescribe un suministro para menos de un mes

Por lo general, paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede prescribir menos de un mes de suministro de medicamentos.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si puede prescribirle un suministro de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.
- Cuando obtiene menos de un mes de suministro de un medicamento, el monto que paga se basa en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calculamos el monto que paga por día del medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y lo multiplicamos por la cantidad de días de suministro que recibe.

A continuación, se presenta un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a $0.05 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es menos de $.05 por día multiplicado por 7 días, lo cual da como resultado un pago total inferior a $0.35.

- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento sea bueno para usted antes de pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un mes completo de un suministro de algún medicamento para ayudarle a hacer lo siguiente:
  - planificar mejor cuándo repetir la receta de los medicamentos;
  - coordinar las repeticiones de recetas con otros medicamentos que tome;
  - e ir menos veces a la farmacia.

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos*. El plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Afiliados a fin de obtener información sobre la

cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

La cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare consta de dos partes:

1. La primera parte es para el costo de la vacuna.
2. La segunda parte es para el costo de la colocación de la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección administrada por su médico.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados si planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle sobre cómo el plan cubre la vacuna y explicarle la parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener costos bajos con el uso de las farmacias y los proveedores de la red. Las farmacias de la red y los proveedores aceptan trabajar con el plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que pague por una vacuna depende del tipo de vacuna (motivo de vacunación).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos* del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización o ACIP, por sus siglas en inglés)**, entonces la vacuna no tendrá costo alguno.

Estas son tres maneras comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la colocan en una farmacia de la red.
   - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
   - En el caso de otras vacunas de la Parte D, no paga nada o le corresponde pagar un copago.
2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y su médico le administra la vacuna.
   - Usted no paga nada o le corresponde pagarle un copago al médico por la vacuna.
   - El plan paga el costo de darle la inyección.
   - En esta situación, el consultorio médico debe llamar al plan para que podamos asegurarnos de que sepan que no tiene que pagar nada o le corresponde pagar solo un copago por la vacuna.

3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio médico para colocársela.
    - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
    - En el caso de otras vacunas de la Parte D, no paga nada o le corresponde pagar un copago.
    - El plan paga el costo de darle la inyección.

Capítulo 7: Solicitar el pago de una factura por servicios o medicamentos incluidos

Introducción

En este capítulo, se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 160

B. Enviarnos una solicitud de pago 162

C. Decisiones de cobertura 163

D. Apelaciones 163

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar el plan por los servicios y medicamentos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Le pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de la salud o medicamentos, no pague la factura y envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a un reembolso.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
    - Si usted pagó por servicios cubiertos por Michigan Medicaid, no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidados pueden ayudarle a comunicarse con la consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono de Servicios para Afiliados.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, le avisaremos.

Comuníquese con su Coordinador de Cuidados o Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También nos puede llamar para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud urgente o de emergencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago realizado.
- Puede que reciba una factura del proveedor en la que se solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago realizado.
  - Si el proveedor debe recibir el pago, le pagaremos a él directamente.
  - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le devolveremos el dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante mostrar la Tarjeta de Identificación del Afiliado cuando reciba servicios o recetas. Sin embargo, puede que cometan un error y le pidan que pague por los servicios o que pague más de la parte del costo que le corresponde. **Llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página si recibe alguna factura**.

- Debido a que pagamos el costo total de los servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago realizado. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

3. Si su afiliación al plan es retroactiva

A veces, su afiliación en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su afiliación ya pasó. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se afilió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de afiliación, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de su receta.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de la receta porque no tiene la Tarjeta de Identificación de Afiliado

Si no tiene la Tarjeta de Identificación del Afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque la información de su afiliación.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta o regresar a la farmacia con la Tarjeta de Identificación del Afiliado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.
- Es posible que no le devolvamos el costo total si el precio que pagó en efectivo es mayor que el precio que nosotros negociamos para la receta.

6. Cuando paga el costo completo de la receta de un medicamento que no está cubierto

Usted puede pagar el costo completo de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*, en nuestro sitio web o puede tener un requisito o restricción que usted no conoce o no cree que se aplique a su caso. Si decide recibir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
    - Si no paga por el medicamento, pero cree que debemos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*).
    - Si usted y su médico u otro profesional que receta creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que receta para reembolsarle la parte del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total si el precio que pagó es mayor que el precio que nosotros negociamos para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento debe estar cubierto, pagamos nuestra parte del costo.

Si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Se recomienda hacer una copia de sus facturas y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de cuidados. Debe enviar su información dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que recibe el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para decidir, puede completar el formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web **es-www.humana.com** o puede llamar a Servicios para Afiliados y pedir el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:
Humana
PO Box 14359
Lexington, KY 40512-4359

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si el plan cubre el servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le avisaremos si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que el plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*, se explican las normas para obtener la cobertura de sus servicios. En el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*, se explican las reglas para cubrir sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamentos, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9,** Sección D.

D. Apelaciones

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso oficial de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*:

- Para presentar una apelación sobre el pago de un servicio de cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el pago de un medicamento, consulte la **Sección G.**



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, se incluyen sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 164

B. Nuestra responsabilidad en cuanto al acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos . . . 167

C. Nuestra responsabilidad de proteger la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés) 168

C1. Cómo protegemos su PHI 168

C2. Su derecho a consultar su expediente médico 168

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información 169

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente 170

F. Su derecho a abandonar el plan 170

G. Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud 170

G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y tomar decisiones 170

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por su cuenta 171

G3. ¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones? 172

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 173

H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos . . . 173

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan 173

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y asequible, incluso a aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva, o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en el plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados. El plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- El plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Afiliados o escriba a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), PO Box 14359, Lexington, KY 40512-4359. Los materiales en español están disponibles a pedido. Puede hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés. Mantendremos su idioma preferido que no sea el inglés y/o el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones. No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez. Llame a Servicios para Afiliados si desea cambiar su solicitud permanente.

Si tiene problemas para obtener información del plan debido a problemas de idiomas o discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Para presentar una reclamación ante Michigan Medicaid, haga lo siguiente:**
  - Complete el Formulario de Reclamación del Beneficiario (BCF, por sus siglas en inglés) en línea a través de www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form.
  - Al enviarlo por internet, se enviará un correo electrónico con su BCF a la Unidad de Apoyo a Beneficiarios. Imprima y complete el Formulario de Reclamación del Beneficiario (MSA-0300).
  - Siga las instrucciones del formulario y, a continuación, envíelo por correo a la dirección que se muestra a continuación:
    Michigan Department of Health and Human Services
    Health and Aging Services Administration
    Customer Services Division
    PO Box 30479
    Lansing, MI 48909-7979
  - Si tiene preguntas sobre el Formulario de Reclamación del Beneficiario o este proceso, llame a la **línea de ayuda del beneficiario** al **1-800-642-3195.**
- La Michigan Office of Recipient Rights (Oficina de Derechos de los Destinatarios de Michigan u ORR, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal que investiga las denuncias de violaciones de los derechos establecidos por el Código de Salud Mental de Michigan.
  - Puede presentar una reclamación y comuníquese con el MCCMH-ORR al (586) 469-6528. Nuestro horario de atención es de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede dejar un mensaje fuera del horario de atención y el personal se comunicará con usted durante el horario de atención normal.
  - También puede completar un Formulario de Reclamación de Derechos del Destinatario y enviarlo por correo, fax o correo electrónico.

- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Usted tiene derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades específicas.

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y asequible, incluso para aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una forma que usted pueda comprender. Tenemos que informarle sobre sus derechos cada año que usted sea afiliado del plan.

- Para obtener información en una forma que pueda comprender, llame a su coordinador de cuidados o a Atención al Cliente. El plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas, además de español, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Atención al Cliente o escriba a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), PO Box 14359, Lexington, KY 40512-4359. Existen materiales en español disponibles a solicitud. Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés. Conservaremos su idioma preferido que no sea inglés y/o un formato alternativo para futuras comunicaciones y correspondencia. No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez. Llame al Servicio de Atención al Cliente si desea cambiar su solicitud permanente.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad, y quiere presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Puede presentar una queja ante Michigan Medicaid de la siguiente manera:**
  - Complete el Formulario de Queja del Beneficiario (BCF, por sus siglas en inglés) en línea en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form.
  - Si presenta la queja en línea, se enviará un correo electrónico con su BCF a la Unidad de Apoyo al Beneficiario. Imprima y complete el Formulario de Queja del Beneficiario (MSA-0300).
  - Siga las instrucciones del formulario y, luego, envíelo por correo a la dirección que se muestra a continuación:

    Michigan Department of Health and Human Services

    Health and Aging Services Administration

    Customer Services Division

    PO Box 30479

    Lansing, MI 48909-7979

- Si tiene preguntas sobre el Formulario de Queja del Beneficiario o este proceso, llame a la **Línea de Ayuda para Beneficiarios** al **1-800-642-3195**.

La Oficina de Derechos de los Beneficiarios de Michigan (ORR, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal que investiga las denuncias de violaciones de los derechos establecidos por el Código de Salud Mental de Michigan.

- Puede presentar una queja llamando a MCCMH ORR al (586) 469-6528. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. También puede dejar un mensaje fuera del horario comercial y el personal se comunicará con usted durante el horario comercial normal.
- También puede completar un formulario de Queja sobre los Derechos del Beneficiario y enviarlo por correo, fax o correo electrónico.

Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso de manera oportuna a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado del plan tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*.
  - Comuníquese con Servicios para Afiliados o vaya al *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin obtener un referido. Un referido es la aprobación de su PCP para que acuda a un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna.
  - Si no puede obtener servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar por el cuidado fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios o cuidados de emergencia que se necesiten con urgencia sin aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho a hacer surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede atenderse con un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*.

En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un período razonable de tiempo. También se informa qué puede hacer si negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Protegemos la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés) como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos brindó cuando se afilió al plan. También incluye su expediente médico y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en cuanto a su información y el control de cómo se usa su PHI. Le damos un aviso por escrito en el que se informan estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su PHI a nadie que no le brinde su atención o que pague por su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien que esté legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede dar permiso por escrito.

A veces, no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que comprueban la calidad del cuidado del plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Michigan Medicaid puede divulgar su información sin su permiso para los propósitos de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud o cuando así lo requiera la ley.

C2. Su derecho a consultar su expediente médico

- Tiene derecho a ver su expediente médico y obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por hacer una copia de su expediente médico.
- Tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en su expediente médico. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si los cambios deben hacerse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y cómo la compartimos para cualquier propósito que no sea el habitual.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Afiliados.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como afiliado del plan, tiene derecho a obtener información sobre el plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos. Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder sus preguntas sobre el plan de salud. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Afiliados. Este servicio es gratuito para usted. Puede ponerse en contacto con Servicios para Afiliados para solicitar materiales del plan en cualquier idioma. Tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio. Puede solicitar formatos alternativos llamando a Servicios para Afiliados.

Si desea obtener información sobre cualquiera de las siguientes opciones, llame a Servicios para Afiliados:

- Cómo elegir o cambiar planes.
- El plan, que incluye lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Cómo nos calificaron los afiliados del plan.
  - La cantidad de apelaciones que presentaron los afiliados.
  - Cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar proveedores de cuidado primario.
  - Calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red.
  - Cómo pagamos a los proveedores de la red.
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
  - Los servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*) cubiertos por el plan.
  - Los límites a su cobertura y medicamentos.
  - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- El motivo por el que un producto o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*), incluida las solicitudes de que hagamos lo siguiente:
  - Indicar por escrito por qué un producto o servicio no está cubierto.

- Cambiar una decisión que tomamos.
- Pagar una factura que recibió.

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de la red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar la diferencia ni cobrarle si pagamos menos que el monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a quedarse en el plan si no lo desea.

- Tiene el derecho de obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Afiliados*:
  - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un plan de beneficios nuevo para medicamentos o MA.
  - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Michigan Medicaid si abandona el plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud para ayudarle a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.

G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con antelación si cualquier servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.

- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo quitaremos del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le suceda.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado.** Tiene derecho a obtener una explicación si un proveedor le negó el cuidado que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que hayamos negado o que normalmente no tiene cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados, se informa cómo pedirnos una decisión de cobertura.*

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por su cuenta

En Michigan, puede crear un documento legal llamado **Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (DPOA-HC, por sus siglas en inglés).** Este documento le permite nombrar a un **defensor del paciente** que puede tomar decisiones médicas en su nombre si usted queda incapacitado y no puede tomar decisiones por usted mismo. El DPOA-HC puede incluir un documento de "Instrucciones Anticipadas" como se describe a continuación.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito **para darle a alguien el derecho a tomar decisiones de cuidado de la salud por usted si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.**
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo encargarse del cuidado de la salud si usted no puede tomar decisiones por usted mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se denomina documento de instrucciones anticipadas. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los ejemplos son un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

No es obligatorio que tenga instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- Poder Legal para el Cuidado de la Salud: le permite elegir a alguien para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud si está demasiado enfermo como para decidir por usted mismo.
- Testamento Vital: le informa a su médico y a otros proveedores qué tipo de cuidado desea si tiene una enfermedad terminal y no mejorará.
- Preferencia de Salud Mental: le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ser de ayuda.
- Orden de No Reanimar (DNR, por sus siglas en inglés): esta orden le informa a su familia y a todos sus médicos y otros proveedores lo que usted desea hacer en caso de que su corazón o respiración se detengan.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su plan de salud o de su médico. Si lo hospitalizan, pueden preguntarle si tiene un documento de instrucciones anticipadas. No es obligatorio tener uno. No es necesario que tenga uno para recibir cuidado médico, pero la mayoría de los hospitales recomiendan que lo tenga. Puede optar por tener una o más de estas instrucciones anticipadas si lo desea y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

No es obligatorio que tenga instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle a un abogado u otra persona en la que confíe, como un miembro de la familia o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Dar copias del formulario a las personas que necesiten saber sobre él.** Dé una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted si no puede. Se recomienda que le dé copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene un documento de instrucciones anticipadas firmado, **lleve una copia al hospital.**
    - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
    - Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se coloquen en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle cuidado ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no instrucciones anticipadas. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

G3. ¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un documento de instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en él, puede presentar una queja con el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan, Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud al 1-800-882-6006.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se informa qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Afiliados para obtener esta información.

H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que recibió un trato injusto, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual para Afiliados*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Afiliados.
- El programa MI SHIP MI Options al 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información sobre MI SHIP MI Options, consulte el **Capítulo 2**.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Derechos y Protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Ayuda al Cliente de Medicaid - MSA/MDHHS al 1-800-642-3195. Para llamadas solo en Michigan, llame al 1-800-642-3195.

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea este *Manual para Afiliados para*** conocer qué cubre el plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*. En esos capítulos, obtendrá información sobre lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*.
- **Infórmenos de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga**.** Debemos asegurarnos de que usa todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.

- **Informe a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud** que está afiliado al plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Afiliado cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a brindarle la mejor atención.
    - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
    - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a hacerla.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados de los planes respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A y de la Parte B de Medicare.
    - Para algunos de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento. Esto será un copago. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados, se le informa qué debe pagar por sus medicamentos.*
    - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por el plan, debe pagar el costo completo.** (**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos inmediatamente. Llamar a Servicios para Afiliados.
    - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede permanecer en el plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser afiliados de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual para Afiliados,* se incluye información sobre nuestra área de servicio.
    - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período especial de inscripción, puede cambiar a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
    - Cuando se mude, infórmeles a Medicare y Michigan Medicaid su nueva dirección. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* para conocer los números de teléfono de Medicare y Michigan Medicaid.

- **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de afiliación actualizado y saber cómo contactarnos con usted.
- **Si se muda, infórmelo al Seguro Social (o a Railroad Retirement Board)**.

- **Llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

En este capítulo, se incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer en los siguientes casos:

Tiene un problema o queja sobre su plan.

- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

En este capítulo, se incluyen diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se adaptan a su situación.**

Debe obtener el cuidado de la salud, los medicamentos, los apoyos y servicios a largo plazo y otros apoyos y servicios que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. Debe intentar atenderse primero con sus proveedores y con Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). **Si aún tiene un problema con su cuidado o el plan, puede llamar al Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) al 1-888-746-6456.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) para que lo ayude a resolver su problema. A fin de obtener más recursos para abordar sus preocupaciones y formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2; allí hay más información sobre los programas de mediadores.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 178
A1. Acerca de los términos legales 178
B. Dónde obtener ayuda 178
B1. Para obtener más información y ayuda 178
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Michigan Medicaid en el plan 179
D. Problemas con sus beneficios 179
E. Decisiones y apelaciones relativas a la cobertura 180
E1. Decisiones de cobertura 180
E2. Apelaciones 180

E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura . . . 181
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle . . . 182
F. Cuidado médico . . . 182
F1. Uso de esta sección . . . 183
F2. Solicitar una decisión de cobertura . . . 183
F3. Hacer una Apelación de Nivel 1 . . . 185
F4. Hacer una Apelación de Nivel 2 . . . 188
F5. Problemas con los pagos . . . 190
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare . . . 191
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare . . . 192
G2. Excepciones a la Parte D de Medicare . . . 193
G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción . . . 194
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción . . . 195
G5. Hacer una Apelación de Nivel 1 . . . 197
G6. Hacer una Apelación de Nivel 2 . . . 199
H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada . . . 200
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare . . . 200
H2. Hacer una Apelación de Nivel 1 . . . 201
H3. Hacer una Apelación de Nivel 2 . . . 203
I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos . . . 203
I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura . . . 204
I2. Hacer una Apelación de Nivel 1 . . . 204
I3. Hacer una Apelación de Nivel 2 . . . 206
J. Escalamiento de su apelación más allá del Nivel 2 . . . 206
J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare . . . 206
J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid . . . 208
J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare . . . 208
K. Cómo realizar una queja . . . 209
K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas . . . 209
K2. Quejas internas . . . 211
K3. Quejas externas . . . 212

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explica cómo encargarse de los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones y apelaciones de cobertura** y otro para **presentar quejas** (también llamadas "quejas formales").

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando sea posible. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "realizar una queja" en lugar de "presentar una queja formal";
- "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura";
- "decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada";
- "Organización de Revisión Independiente" (IRO, por sus siglas en inglés) en lugar de "Entidad de Revisión Independiente" (IRE, por sus siglas en inglés).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene mucha energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del State Health Insurance Assistance Program de Michigan (SHIP)

Puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan. Los consejeros de State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con respecto a su problema. El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan cuenta con consejeros capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan es 1-800-803-7174.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Michigan Medicaid

Puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios al 1-800-642-3195 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos) o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov. El sitio web de Apoyo para Beneficiarios puede consultarse en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/supportht.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Michigan Medicaid en el plan

Usted tiene Medicare y Michigan Medicaid. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Michigan Medicaid. A veces, se lo denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Michigan Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Michigan Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, utilice un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Michigan Medicaid. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se adaptan a su situación. La siguiente tabla lo ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas.

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si algunos cuidados médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago del cuidado médico.	
Sí	**No**
Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección K** “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones y apelaciones de cobertura

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y hacer una apelación trata con problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para mantener las cosas simples, generalmente, nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **cuidado médico**.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Los servicios especializados para la salud del comportamiento de Medicaid están cubiertos por el Plan de Salud Prepagado para Pacientes Hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, discapacidad intelectual o del desarrollo y trastornos por consumo de sustancias. Si el PIHP toma una decisión de cobertura y no está de acuerdo con ella, debe apelar al PIHP. La información sobre el PIHP de su área se encuentra en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

E1. Decisiones de cobertura

La decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el importe que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, este referido se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este médico especialista, o que el servicio referido nunca esté cubierto bajo ninguna condición (consulte la **Sección H del Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*).

Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué incluye su cobertura y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Michigan Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. La apelación consiste en pedirnos de manera formal que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hicimos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hicimos para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Otros revisores que los que tomaron la decisión desfavorable original se encargan de su apelación.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada, “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de cuidado médico de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización

de Revisión Independiente (IRO) para realizar una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame a su **Coordinador de Cuidados** al 855-281-6070.
- **Servicios para Afiliados** en los números de la parte inferior de la página.
- MI SHIP MI Options al 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina de MI Options local en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.
- Llame al **Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) puede asistirlo con sus preguntas o problemas sobre el programa MICH o nuestro plan. El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de la familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
    - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio referido. Algunos grupos brindan servicios legales gratuitos si usted es elegible.
- **Programa de Mediación de Cuidados a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)**: El MLTCOP procura mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida que experimentan los residentes que viven en hogares de ancianos, hogares para adultos mayores y hogares de cuidado de acogida para adultos. El MLTCOP incluye tanto al Mediador del Estado como al personal y una red de mediadores locales a los que el programa de Mediación del Estado capacita, designa y supervisa. Para ponerse en contacto con un mediador local en su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact.

Complete el formulario de Designación de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a otra persona para actuar por usted.

Llame a Servicios para Afiliados en los números de la parte inferior de la página y solicite el formulario “Designación de un Representante”. También puede obtener el formulario si visita www.cms.gov/Medicare/CMS- Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**. Debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que se ajuste a la situación:

- **Sección F**, "Cuidado médico"
- **Sección G,** "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada"
- **Sección I**, "Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos" (esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés])

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

F. Cuidado médico

En esta sección, se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos cargos de su cuidado.

Esta sección trata sobre sus beneficios para el cuidado médico que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados en la tabla de beneficios.* En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea darle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió cuidado médico que creía que cubríamos, lo pagó y quiere que le devolvamos el pago.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos el reembolso del dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para ciertos cuidados médicos y cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la Sección H o la Sección I para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para ciertos cuidados médicos, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- por teléfono: 855-281-6070, TTY: 711;
- por fax: 888-889-9934;
- por correo: PO Box 14359, Lexington, KY 40512-4359.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos estándar, a menos que aceptemos utilizar los plazos rápidos. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud de **servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los otros servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como los expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no debemos** tomar días adicionales, puede hacer una queja rápida sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando realiza una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para realizar una queja es diferente del proceso para decisiones y apelaciones de cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.**

Decisión de cobertura rápida

El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **Setenta y dos horas** después de que recibamos su solicitud para un servicio o artículo médico.
- **Veinticuatro horas** después de recibir su solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted está solicitando la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar podría **causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
  - Que le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos "No" a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si decimos **"No"**, tiene derecho a presentar un apelación. Si cree que hemos cometido un error, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los siguientes son ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.
  o bien
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión del rechazo. Esto se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 855-281-6070.

Solicite una apelación estándar o rápida por escrito o llamándonos al 855-281-6070.

- Si su médico u otro profesional que receta le pide que continúe un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que necesite nombrarlo como su representante para actuar en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico hace la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de un Representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario si visita www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no obtenemos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - desestimamos su solicitud, y
  - le enviamos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buen razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

El término jurídico para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
  - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.

- Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
  - Si usted cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 con el estado usted mismo tan pronto como

se haya agotado el tiempo. En Michigan, la Office of Administrative Hearings and Rules (Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas o MOAHR, por sus siglas en inglés) celebra las Audiencias Imparciales. **Si decimos "Sí" a parte o a todo lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si decimos "No" a parte o a todo lo que pidió,** enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
    - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
    - Si cree que **no debemos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
    - Si no le damos una respuesta al final del plazo o los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 con el estado usted mismo tan pronto como se haya agotado el tiempo. En Michigan, la *Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas* (*MOAHR*) celebra las Audiencias Imparciales.

Si nuestra respuesta es sí a parte o a toda su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si decimos **"No"** a parte o a todo lo que pidió, **tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si decimos **"No"** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que hemos enviado su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, la carta le informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos **"No"** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informa si Medicare, Michigan Medicaid o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Michigan Medicaid normalmente cubre, usted puede presentar por su cuenta una Apelación de Nivel 2. En la carta, se indica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Michigan Medicaid** pueden cubrir, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). También puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

Si usted es elegible para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** de este *Manual para Afiliados* para conocer cómo mantener sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente solo cubre Michigan Medicaid, sus beneficios para ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Medicare contrata a una organización independiente.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente** (IRE, por sus siglas en inglés).

- Esta organización no tiene vínculo con nosotros ni pertenece al Gobierno. Medicare eligió la compañía que actúa como IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos a esta organización la información sobre su apelación (su "expediente"). Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan con detenimiento toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel **2 dentro de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos hacer lo siguiente**:
  - autorizar la cobertura de cuidado médico **dentro de 72 horas**;
  - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar;** o
  - proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:**
  - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar;** o
  - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO niega en parte o en su totalidad su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.
  - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
  - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.

- Si rechazan su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que normalmente cubre Medicaid, o que cubren tanto Medicare como Michigan Medicaid

Una Apelación de Nivel 2 para servicios que normalmente cubre Michigan Medicaid es una Audiencia Imparcial con el estado. En Michigan, las Audiencias Imparciales son llevadas a cabo por la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR, por sus siglas en inglés). Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. En la carta que recibe de nuestra parte se le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

La oficina de Audiencia Imparcial le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **aprueba** en parte o en su totalidad la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si la oficina de Audiencia Imparcial **niega** en parte o en su totalidad la apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO o la oficina de Audiencia Imparcial **niega** en parte o en su totalidad la solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una determinada cantidad mínima. Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. **En la carta que recibe de la IRO se explican los derechos de apelación adicionales que puede tener**.

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5: Problemas con los pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le cobren por servicios y artículos cubiertos. Esto se mantiene vigente incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tiene la obligación de pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que debe pagar corresponde a las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si usted paga la

factura, puede recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya seguido las reglas para obtener el servicio o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*. Allí se describen las situaciones en las que puede pedirnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que le envió un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitar un pago.

Si pide que le reembolsemos el dinero, en realidad está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo, normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero nunca después de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a **aceptar** su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **no** y Michigan Medicaid normalmente cubre el servicio o artículo, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría corresponde a medicamentos de la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Michigan Medicaid sí puede cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare**. En el resto de esta sección, utilizaremos la palabra “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o está respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos para sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Pedirnos que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de Medicamentos del plan;* o
  - dejar sin efecto una restricción de nuestra cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede recibir).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento aparece en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero necesitamos aprobarlo antes de cubrirlo).

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si en la farmacia le informan que su medicamento recetado no se puede surtir tal como está escrito en la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**determinación de cobertura**".

- Pedirnos que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esto significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como guía.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que dejemos sin efecto una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le dijimos que no cubriremos o no pagaremos un medicamento en la forma en que usted lo solicita.

Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos el reembolso del dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide reconsiderar).
Comience con la **Sección G2;** luego, consulte las **Secciones G3 y G4.**	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones a la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento en la forma que usted necesita, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir cobertura para un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedir que eliminemos una restricción sobre un medicamento se conoce a veces como solicitar una "**excepción de formulario**".

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede pedir que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, usted paga el copago que corresponde a los medicamentos del Nivel 4 de costos compartidos, Medicamentos no preferidos.
   - No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información).
   - Estas son algunas de las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos:
     - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina "autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)".
     - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. Esto a veces se denomina "terapia por fases".
     - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede recibir.

- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos sin efecto una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.

3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el copago que debe pagar.

- Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos".
- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
    - Si el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los productos biológicos alternativos para su afección.
    - Si el medicamento que usted toma es de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los medicamentos de marca alternativos para su afección.
    - Si el medicamento que usted toma es genérico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los medicamentos de marca o genéricos alternativos para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ningún medicamento en el Nivel 5. Medicamentos de nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y existe más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general, pagará el monto más bajo.

G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta debe entregarnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar la excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resulta igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general, **no** aprobamos su solicitud, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su petición.

- Si respondemos que **sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo apelar si respondemos que **no**.

En la siguiente sección, se explica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pregunte por el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 855-281-6070, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) o alguien más que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le devolvamos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
- Si solicita una excepción, entréguenos una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para justificar la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, pídale una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándares”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida en los siguientes casos:

- Se trata de un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

- Su salud o su capacidad para funciones físicas se verían seriamente afectadas si aplicamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, la aprobamos y se la damos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, nosotros decidimos si le corresponde o no una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, aplicaremos los plazos estándar.
    - Le enviamos una carta para informárselo. En la carta también se explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
    - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos en un plazo de 14 días calendario.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

G5. Hacer una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**redeterminación**" del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 855-281-6070, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buen razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina "**reconsideración acelerada**".

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G**4 para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si estábamos siguiendo las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
    - Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si usted no recibió el medicamento y su afección de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, pida una apelación rápida.
    - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- debemos **otorgar la cobertura** que aceptamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación.
- debemos **enviarle el reembolso** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación.

Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.
- debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

G6. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si **negamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando le **negamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es la "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces llamada "**IRE**".

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que receta deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Mediante las instrucciones se explica quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se conoce como su "expediente". **Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si la IRO acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- debemos proporcionar la cobertura aprobada de medicamentos **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO;
- debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.

- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **niega** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un monto mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el monto mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se indica el monto mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **niega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
  - Consulta la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para conocer los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando usted realiza el proceso de admisión en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted con el fin de prepararse para el día en que salga del hospital. También lo ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de irse.

- El día que se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden salir del hospital demasiado pronto o tiene inquietudes sobre su cuidado después del alta, puede pedir permanecer más tiempo en el hospital. En esta sección, se explica cómo hacerlo.

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien del hospital, como un profesional de enfermería o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que las admiten en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso, se mencionan sus derechos como paciente hospitalario, incluidos los siguientes:
  - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
  - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
  - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
  - Apelar si considera que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
  - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
  - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes del alta.

Puede revisar una copia del aviso con anticipación de las siguientes maneras:

- Llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que paga el Gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Michigan, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información de contacto también aparece en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de esa fecha.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. **Pida una revisión rápida.** Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

Pida una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para la "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Qué sucede durante esta revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha de alta planificada. En la carta también se explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es el "**Aviso Detallado de Alta**". Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo de aviso en el sitio web www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En un plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la QIO le dará su respuesta a la apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- consideran que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.

- Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización terminará al mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibe después del mediodía del día después de que la QIO le haya dado la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame a esta organización sin cargo al 1-888-524-9900.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- debemos reembolsarle los costos de cuidado hospitalario desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1;
- Le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- confirman su decisión sobre la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán;
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se aplica únicamente a tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- servicios de cuidado de la salud en el hogar,
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada y

- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos mientras su médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que termine. Cuando termina su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. Esto se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso, se indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si cree que no estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
  - Llame a MI SHIP MI Options al 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina de MI Options local en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.
  - Llame al **Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) puede asistirlo con sus preguntas o problemas sobre el programa MICH o nuestro plan. El Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
  - **Programa de Mediación de Cuidados a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)**: El MLTCOP procura mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida que experimentan los residentes que viven en hogares de ancianos, hogares para adultos mayores y hogares de cuidado de acogida para adultos. El MLTCOP incluye tanto al Mediador del Estado como al personal y una red de mediadores locales

a los que el programa de Mediación del Estado capacita, designa y supervisa. Para comunicarse con un mediador local en su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact.

- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con dicha organización.
  - Pídale que revise su apelación y que decida si hay que cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una "apelación rápida".** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el "Aviso de No Cobertura de Medicare" que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es "**Aviso de No Cobertura de Medicare**". Para obtener un ejemplo, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en el sitio web www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les entregó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican las razones por las cuales ponemos fin a la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es "**Explicación Detallada de No Cobertura**".

- Los revisores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le informamos.

- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que terminó su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Hacer una Apelación de Nivel 2

- Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health. Puede comunicarse con Commence Health al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si recibió cuidado durante el tiempo siguiente a la fecha de finalización de su cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- Le proporcionaremos cobertura para el cuidado mientras sea necesario por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- La organización está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado y no la cambiará.
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar la apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare y ambas fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un monto mínimo requerido, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficiente, puede continuar con el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO sobre su Apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO). El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa la apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 que le favorece, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no termine.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid

Si su apelación se envió a la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia Imparcial, la MOAHR le enviará una carta explicando su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario desde la fecha de la decisión para presentar una solicitud de nueva audiencia/reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito. Llame a la MOAHR al 517-335-2482 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir a efectos de ser elegible para una nueva audiencia o reconsideración.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Mediador de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el cual apeló cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a la Apelación de Nivel 2 se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, existe la posibilidad de que el proceso de apelación continúe.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas de calidad del cuidado, tiempos de espera, coordinación del cuidado y servicio al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• No está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de cuidado de la salud fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Usted cree que se lo está expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de la salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le proporcionamos un aviso o carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones o apelaciones sobre la cobertura	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar, darle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted no cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Atención al Cliente al 1-800-457-4708 (TTY: 711).

El término legal para una "queja" es una "**queja formal**".

El término formal para "realizar una queja" es "**presentar una queja formal**".

K2. Quejas internas

A fin de realizar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Puede realizar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe realizarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

- Si necesita hacer algo más, los Servicios para Afiliados se lo informarán.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta la queja por escrito, responderemos a ella por escrito.

Instrucciones para presentar una queja formal

Presente una queja formal verbalmente llamando a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Humana Grievances and Appeals Dept.
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512– 4359

Cuando presente una queja formal, proporcione la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Número de identificación del afiliado
- Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros relacionado con la queja
- La acción que nos está solicitando
- Su firma o la de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Atención al Cliente (1-800-787-3311, TTY: 711) y solicite el formulario de Designación de un Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://es-www.humana.com/member/documents-and-forms). El formulario da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

Opción de revisión rápida de su queja formal

Puede solicitar una revisión rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas luego de su recepción si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:

- Extendimos el plazo para tomar una reconsideración o determinación de la organización, y usted cree que necesita una decisión más rápida.

- Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una decisión de organización o cobertura de 72 horas.
- Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una apelación de 72 horas.

Lo mejor es llamar a Atención al Cliente si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, lo llamaremos para informarle que la recibimos.

Tanto si llama como si escribe, debe comunicarse con Atención al Cliente de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual quiere presentar la queja.

El término legal para "queja rápida" es "**queja formal acelerada**".

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si realiza una queja porque le rechazamos una solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si realiza una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelar, le brindaremos automáticamente una "queja rápida" y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le explicaremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

Si necesita ayuda en cualquier etapa de este proceso, puede comunicarse con el Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO). El número de teléfono es 1-888-746-6456.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante Humana Dual Integrated (HMO D-SNP, por sus siglas en inglés) antes de presentarla ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y usa esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna otra opinión o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar a Michigan Medicaid sobre su queja

También puede enviar su queja a Michigan Medicaid. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656) o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en internet.

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) si considera que no se lo trató de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre la accesibilidad para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR a través de las siguientes opciones:

U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Centro de Respuesta al Cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

- También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y bajo la Ley de Derechos Civiles de Personas con Discapacidades de Michigan (PWDCRA, por sus siglas en inglés), que protege a las personas con discapacidades de la discriminación en el empleo, la vivienda, los alojamientos públicos, los servicios y la educación. Puede comunicarse con el Mediador de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) al 1-888-746-6456 para obtener ayuda.

QIO

Cuando su queja está relacionada con la calidad del cuidado, las dos opciones que tiene son las siguientes:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el Gobierno federal para revisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.

En Michigan, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1 888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Capítulo 10: Finalización de la afiliación a nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de cancelar su afiliación a nuestro plan. Si cancela la afiliación a nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Michigan Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan 214
B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 215
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado. 216
C1. Sus servicios de Medicare 216
C2. Sus servicios de Michigan Medicaid 218
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan. . . . 218
E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación 219
F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud. 220
G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan 220
H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan 220

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Michigan Medicaid, tiene algunas opciones para cancelar su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comenzará el 1 de enero.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA),** que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. También para los nuevos beneficiarios de Medicare que están afiliados a un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su afiliación. Por ejemplo, cuando ocurre lo siguiente:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Michigan Medicaid o Ayuda Adicional cambió**.**
- Se mudó recientemente, actualmente recibe cuidado médico o acaba de irse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidado a largo plazo.

Su afiliación finaliza el último día del mes en que recibimos la solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero en este ejemplo).

Si cancela nuestro plan, podrá obtener información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Los servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación llamando a: Los Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página. El número para los usuarios de TTY también aparece en la lista.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El State Health Insurance Assistance Program (SHIP), State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cancelar su afiliación, puede afiliarse a otro plan de Medicare o cambiar a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original, pero no seleccionó un plan de medicamentos de Medicare independiente, deberá solicitar que se le cancele la afiliación a nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación de la afiliación:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con los Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacer esto.
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede afiliarse a otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 216, hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado

Usted tiene diferentes opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que se enumeran a continuación, para obtener sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, finalizará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiar al siguiente plan:	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:**
Otro plan que proporciona los servicios y beneficios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como un plan de necesidades especiales integrado para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) o un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), si usted es elegible.	Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama “State Health Insurance Assistance Program” (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud) de Michigan. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan.

2. Puede cambiar al siguiente plan: **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.**	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama "State Health Insurance Assistance Program" (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud) de Michigan. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.
3. Puede cambiar al siguiente plan: **Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.** **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Si cambia a Medicare Original y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere afiliarse. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a MI SHIP MI Options al 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina de MI Options local en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama "State Health Insurance Assistance Program" (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud) de Michigan. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

4. Puede cambiar al siguiente plan: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A.**	Lo siguiente es lo que se debe hacer: Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama "State Health Insurance Assistance Program" (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud) de Michigan. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan.

C2. Sus servicios de Michigan Medicaid

Si cancela nuestro plan, obtendrá sus servicios de Michigan Medicaid a través de la tarifa por servicio.

Sus servicios de Michigan Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y asistencias a largo plazo y el cuidado de la salud del comportamiento. Si cancela nuestro plan, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

Utilice MI Bridges para actualizar la información de la afiliación.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan

Si cancela nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y cuidado de la salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados.
- Si usted es hospitalizado el día que su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) finaliza, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes del alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan

Los siguientes son los casos en los que debemos finalizar su afiliación a nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Dado que su plan tiene un beneficio de viaje o visitante, usted puede ser elegible para estar fuera del área de servicio durante un máximo de 12 meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a los Servicios para Afiliados a fin de averiguar si el lugar al que se está mudando o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
    - Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo recibir cuidado a través de nuestros beneficios para visitantes o viajeros cuando esté lejos del área de servicio de nuestro plan.
- Si debe ir la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que tiene para la obtención de medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
    - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para poder afiliarse a nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como afiliado sobre esta base.
    - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si está dentro del período de seis meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuará recibiendo todos los beneficios que el plan Medicare Advantage cubre, así como también los beneficios que Medicaid cubre. Sin embargo, durante este período, puede estar sujeto a las primas y los costos compartidos de la Parte D en función de su nivel de "Ayuda Adicional". Además, en función de su nivel de elegibilidad del Programa de Asistencia Médica, también puede ser responsable de las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Continuaremos cubriendo los costos compartidos cubiertos de su plan Medicare Advantage durante este período.

Solo si obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid primero, podremos obligarlo a finalizar nuestro plan por las siguientes razones:

- Si de manera intencional nos proporciona información incorrecta cuando se afilia a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si con regularidad se comporta de una manera disruptiva y hace que sea difícil proveer cuidado médico para usted y otros afiliados a nuestro plan.

- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su afiliación por esta razón).

F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le pedimos que cancele nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación de nuestro plan, debemos informarle por escrito las razones para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se incluyen avisos legales que se aplican en su afiliación a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Aviso sobre leyes 221

B. Aviso sobre la no discriminación 221

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Michigan Medicaid como pagador de último recurso 222

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Afiliados*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni explican en este *Manual para Afiliados*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y Michigan Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicarse.

B. Aviso sobre la no discriminación

No lo discriminamos ni tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color de la piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al (800) 368-1019.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso a sillas de ruedas, los Servicios para Afiliados pueden ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Michigan Medicaid como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación Laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de la salud de los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Michigan Medicaid sea el pagador de último recurso.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Para la información personal sobre su salud

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

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

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, en la medida en que lo permita la ley. Esto incluye el derecho a realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y los términos revisados de nuestro aviso vigentes para toda la información personal y de salud que mantenemos. Esto incluye la información que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud, a partir de ahora denominada “información”, incluye tanto información médica como información de identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguridad Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud que un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud creó o recibió y que se relacione con su salud o afección física o mental, la prestación del cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado de la salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral.

¿Cómo protegemos su información?

De acuerdo con las leyes federales y estatales, y nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Contamos con medidas de seguridad implementadas para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Limitamos el acceso de quiénes pueden ver su información.

- Limitamos la forma en que usamos o divulgamos su información.
- Le informamos acerca de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitamos a nuestros asociados sobre las políticas y procedimientos de privacidad de la empresa.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información a las siguientes personas:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Cuando lo exija la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de servicios cubiertos que le proporcionaron proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Podemos divulgar su información para actividades de operación de cuidado de la salud, incluido el procesamiento de su afiliación, la respuesta a sus consultas y las solicitudes de servicios, la coordinación de su cuidado, la resolución de disputas, la ejecución de la coordinación médica, la mejora de la calidad, la revisión de la competencia de los profesionales del cuidado de la salud y la determinación de las primas.
- Podemos divulgar su información para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de afiliación y cancelación de afiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos; por ejemplo, para permitirle obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información médica detallada con el patrocinador de su plan, a menos que nos proporcione su permiso o que el patrocinador de su plan haya certificado que está de acuerdo en mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés si no optó por no participar como se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A su familia y amigos o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información sea directamente relevante para su participación con su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un miembro de la familia o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó o no.
- A fin de proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante Internal Revenue Service.

- A las agencias de salud públicas si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- A fin de prestar asistencia para los esfuerzos de ayuda en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley del programa de compensación laboral.
- A fin de evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

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

En todas las situaciones distintas a las descritas en este aviso, solicitaremos su permiso por escrito antes de utilizar o divulgar su información. Puede anular su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito. No usaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Propósitos de mercadeo
- Venta de información médica protegida

¿Qué hacemos con su información cuando ya no es un afiliado o no obtiene cobertura a través de nosotros?

Su información puede seguir utilizándose para los fines descritos en este aviso cuando su afiliación finalice o cuando no obtenga cobertura a través de nosotros.

Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información. Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:

- Acceso: tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede utilizarse para tomar decisiones relacionadas con usted, como reclamaciones y expedientes de administración médicos o de casos. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa por cada página, un cargo por hora del tiempo que le lleva al personal localizar y copiar su información, y el envío.
- Decisión Adversa sobre la Evaluación de Riesgo: tiene derecho a recibir un motivo de la denegación o decisión adversa de la evaluación de riesgo si rechazamos su solicitud o seguro. (Este derecho solo se aplica a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales).
- Comunicaciones Alternativas: tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de la información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en peligro la vida. Acomodaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de esta información personal mediante una enmienda o eliminación. En un plazo de 30 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones. En el caso de que nos neguemos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.
- Divulgación: tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su información para fines distintos del tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años a petición suya. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable según los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- Aviso: Tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que la solicite.
- Restricción: tiene derecho a solicitar la restricción del uso o la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una restricción previamente presentada.

¿Qué tipos de comunicaciones que se me envían puedo optar por no recibir?

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

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Se pueden ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios de solicitud de derechos de privacidad correspondientes. Para obtener estos formularios:

- Contáctenos al 1-866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento. La llamada es gratuita.
- Acceda a nuestro sitio web en **Humana** y vaya al enlace Prácticas de privacidad.

- Envíenos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com.
- Envíe el formulario de solicitud completado a la siguiente dirección:

  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si creo que se violó mi privacidad?

Si cree que se violó su privacidad de cualquier manera, puede presentarnos una queja llamándonos al 1-866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Seguimos todas las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales que abordan la protección de la información personal y de salud. En las situaciones en las que las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales entran en conflicto, seguimos la ley, regla o regulación que proporciona mayor protección a los afiliados.

¿Qué sucederá si mi información privada se usa o divulga de forma inapropiada?

Usted tiene derecho a recibir un aviso de que una infracción ocasionó que su información privada no protegida se utilice o divulgue de forma inapropiada. Le notificaremos en el momento oportuno si se produce dicha filtración.

Las siguientes entidades filiales y subsidiarias también se adhieren a nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan, Inc.

CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company

CompBenefits Dental, Inc.

CompBenefits Insurance Company

DentiCare, Inc.

Emphesys Insurance Company

HumanaDental Insurance Company

Humana Benefit Plan of Illinois, 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 MarketPOINT, Inc.

Humana MarketPOINT 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 Corporation

Managed Care Indemnity, Inc.

Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.

The Dental Concern, Inc.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

En este capítulo, se incluyen los términos clave que se utilizaron en todo el *Manual para Afiliados* junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse, o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa apelaciones de nivel 3.

Programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Apelación: una manera de cuestionar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados***,** se explican las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Producto biológico: un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Vaya a “Biosimilar Intercambiable”).

Medicamento de marca: un medicamento que vende la empresa que originalmente lo elaboró. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Generalmente, a los medicamentos genéricos los elaboran y los venden otras empresas de medicamentos y no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Coordinador de cuidados: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Equipo de cuidado: consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que se menciona que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Esto incluye cualquier preocupación por la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja formal".

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, incluida fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados,* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) que nuestro plan cubre.

Servicios con cobertura: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y apoyo de cuidado de la salud a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en Competencias Culturales: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de la salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le prescribe menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos para usted y debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago que se divide por el número de días en el suministro de un mes.

Cancelación de la afiliación: el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (es su elección) o involuntaria (no es su elección).

Programa de gestión de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los afiliados consuman de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los 5 niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico le ordena que utilice en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios con cobertura que un proveedor capacitado proporciona a fin de brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Excepción: permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no tiene cobertura o para consumirlo sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que este plan de salud no cubre.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Ingresos Limitados” o “LIS”.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado o la calidad de los servicios que su plan de salud proporciona.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados que brindan ayuda para administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para proporcionar el cuidado que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): una revisión de sus antecedentes médicos y afección actual. Se realiza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta licenciado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los asistentes de cuidado de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Hospicio: un programa de cuidado y asistencia para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal se refiere a que se certificó médicamente a una persona como enferma terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir el hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda cuidado a la persona en su totalidad, con sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales incluidas.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más de la cantidad de nuestros costos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Afiliados si recibe alguna factura que no entienda.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente que Medicare contrata para revisar las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre oficial es la Entidad de Revisión Independiente.

Plan de Cuidado Individualizado (ICP o Plan de Cuidado): un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admite formalmente, aún se lo puede considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si se queda por la noche.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT o equipo de cuidado): un equipo de cuidado puede incluir médicos, profesionales de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud destinado a ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las denomina personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar Intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

***Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*):** una lista de medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la *Lista de Medicamentos*, se le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, la *Lista de Medicamentos* se denomina “formulario”.

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Entre los LTSS, se incluyen Servicios Comunitarios y Centros de Enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Subsidio por ingresos limitados (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa que dirige el Gobierno federal y el Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Necesario por razones médicas: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedades renales en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado médico administrado (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como la "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Servicios con cobertura por Medicare: servicios con cobertura por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios con cobertura por la Parte A y Parte B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio de comportamiento de la salud que proporciona una capacitación en el cambio dietético a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias para superar los obstáculos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales necesarios por razones médicas, las instalaciones de enfermería especializada, la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios por razones médicas para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de pruebas de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos "Parte D" para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura bajo la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM): el programa de Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): una persona con Medicare y Medicaid que es elegible para recibir servicios con cobertura, que se ha afiliado a nuestro plan y cuya afiliación la confirmaron los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el estado.

***Manual para Afiliados* e Información de Divulgación:** este documento, junto con su formulario de afiliación y cualquier otro anexo o cláusula, en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como afiliado de nuestro plan.

Servicios para Afiliados: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los Servicios para Afiliados.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que aceptó surtir medicamentos recetados para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, profesional de enfermería y otras personas que brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y asistencia a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran una cantidad adicional a los afiliados.
- Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios con cobertura. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Hogar o centro de ancianos: un lugar que brinda cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el mediador en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Afiliados*.

Determinación de la organización: nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los servicios con cobertura. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura". En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): el Gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago de montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro de hospital) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos con cobertura a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se obtienen de farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o instalación fuera de la red: un proveedor o instalación que no es empleado, propiedad ni está gestionado por nuestro plan y que no tiene contrato para prestar servicios médicos con cobertura a los afiliados de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*, se explican los proveedores o instalaciones fuera de la red.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): los medicamentos de venta sin receta son aquellos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de cuidado de la salud.

Parte A: consulte la sección "Parte A de Medicare".

Parte B: consulte la sección "Parte B de Medicare".

Parte C: consulte la sección "Parte C de Medicare".

Parte D: consulte la sección "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: consulte "medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información personal sobre su salud (también llamada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo producimos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a la PHI.

Servicios preventivos: cuidado de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento tenga un mejor resultado (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y mamografías de detección).

Proveedor de cuidado primario (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de consultar con cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo recibir cuidado de los proveedores de cuidado primario.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación antes.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe la PA de nosotros.

- Los servicios con cobertura que necesitan la PA de nuestro plan están indicados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos con cobertura para los que requiere la PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de Medicamentos con Cobertura* y las reglas se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomías y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. El Gobierno federal paga la QIO para comprobar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficio en Tiempo Real: un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado sobre la cobertura de los medicamentos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referido: un referido es la autorización de su proveedor de cuidado primario (PCP) para utilizar un proveedor distinto a su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita un referido para utilizar a ciertos especialistas, como especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre los referidos en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden afiliarse a nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de cuidado de enfermería especializada y el equipo necesarios para prestar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud conexos.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un profesional de enfermería registrado o un médico pueden administrar.

Especialista: un médico que presta servicios de cuidado de la salud para tratar una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Audiencia Estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o no continuaremos con el pago de un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se resuelve a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia por fases: una regla de cobertura que requiere que pruebe con otro medicamento antes de cubrir el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): un beneficio mensual del Seguro Social que se paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Cuidado urgente: cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección inesperada que no es una emergencia, pero necesita cuidado de inmediato. Puede obtener cuidado urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, dado al tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos necesarios inmediatos para una afección desapercibida, pero no es una emergencia médica).

Aviso de No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes de lengua de señas acreditados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes acreditados.
  - Información escrita en otros idiomas.

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

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien por correo postal o teléfono:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

Afiliados de California:

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud del Estado de California si llama al **916-440-7370 (TTY: 711)**, envía un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Los formularios de presentar quejas están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Servicios y Ayudas Auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235（听障专线：711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]：言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

Este aviso está disponible en **https://es-www.humana.com/legal/multi-language-support.**

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao] ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t’áá jiik’eh, t’áadoole’é binahjį’ bee adahodooníłígíí diné bich’į’ anídahazt’i’í, dóó łahgo át’éego bee hada’dilyaaígíí bee bika’aanída’awo’í dahólǫ. Kohjį’ hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bǎsɔ́ ̀[Bassa]: Wuɖu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, Hwòɖǒ-fɔńɔ-́nyɔ,́kè nyɔ-bɔǔ̌n-po-kà ɓě ɓɛ́ nyuɛɛ se wíɖí pɛ́è-pɛ́è ɖò kɔ.̀ **877-320-1235 (TTY: 711)** ɖá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n’efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711).**

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी नि:शुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

TELÉFONO	855-281-6070 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Servicios para Afiliados también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
DIRECCIÓN	Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359
SITIO WEB	es-www.humana.com